ALLGEMEINE ÄRZTLICHE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOTHERAPIE UND PSYCHISCHE HYGIENE

EINSCHLIESSLICH DER KLINISCHEN UND SOZIALEN GRENZGEBIETE

ORGAN DER ALLGEMEINEN ÄRZTLICHEN GESELLSCHAFT FÜR PSYCHOTHERAPIE

HERAUSGEGEBEN VON

PROF. ROB. SOMMER, GIESSEN



BAND 1 APRIL 1928 4. HEFT

VERLAG VON S. HIRZEL IN LEIPZIG

ALLGEMEINE ÄRZTLICHE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOTHERAPIE UND PSYCHISCHE HYGIENE

Herausgegeben von Prof. Dr. Robert Sommer, Direktor der psychiatr. Univ.-Klinik Gießen, Am Steg 12
Jährlich erscheinen 10 Hefte, monatlich, mit Ausnahme der Monate August-September, ein Heft.
Gesamtumfang 40 Bogen = 640 Seiten / Preis M. 28.— (ausschließlich Porto) / Das Honorar für Originalarbeiten beträgt M. 100.— für den 16seitigen Druckbogen. Außerdem erhalten die Herren Mitarbeiter von ihren Originalbeiträgen 50 Sonderdrucke kostenlos geliefert. Ein Mehrbedarf muß bei Rücksendung der Fahnenkorrektur angegeben werden. Er wird zu billigstem Preise berechnet

SCHRIFTLEITUNG:

Für die Originalabhandlungen Dr. med. et phil. **W. Eliasberg,** Nervenarzt, München, Maximiliansplatz 12, II / Für den Referatenteil Privatdozent Dr. med. **R. Allers,** Wien IX, Schwarzspanierstraße 17

UNTER MITWIRKUNG VON:

P. Bjerre, Stockholm / **K. Birnbaum,** Berlin / **Th. Brugsch,** Halle / **W. Cimbal,** Altona / **A. Friedländer,** Freiburg i. Br. / **R. Goldschmidt,** Münster / **K. Goldstein,** Frankfurt a. M. / **Th. Gött,** Bonn / **C. Haeberlin,** Bad Nauheim / **G. Honigmann,** Gießen / **M. Isserlin,** München / **G. Katsch,** Frankfurt a. M. / **G. Klemperer,** Berlin / **E. Kretschmer,** Marburg / **M. Levy-Suhl,** Berlin / **S. Loewenthal,** Braunschweig / **A. Mayer,** Tübingen / **Fr. Mohr,** Coblenz / **P. Ranschburg,** Budapest / **P. Schilder,** Wien / **E. Simmel,** Berlin / **E. Trömner,** Hamburg / **M. Walthard,** Zürich

FACHBEIRÄTE:

Dr. med. **Benno Hahn,** Nervenarzt, Baden-Baden, Maria-Viktoria-Str. 6 / Dr. med. **Heinz Hartmann,** Assistent an der Psychiatr. Univ.-Klinik in Wien / Privatdozent Dr. med. et phil. **Arthur Kronfeld,** Facharzt für Nervenkrankheiten, Berlin W 15, Hohenzollernstr. 3 / Dr. med. **Fritz Künkel,** Nervenarzt, Berlin W 62, Lutherstr. 10, II / Dr. **Anton Mißriegler,** Nervenarzt, St. Andrä-Wördern, Greifensteiner Straße 60 / Prof. Dr. **I. H. Schultz,** Berlin W 62, Ahornstr. 4 / Dozent Dr. **Oswald Schwarz,** Wien VIII, Alserstraße 37 / Geh. Med.-Rat Professor Dr. **Robert Sommer,** Gießen, Am Steg 12

INHALT DIESES HEFTES:

ANSCHRIFTEN DER MITARBEITER DIESES HEFTES:

Dr. med. **Harald Schultz-Hencke,** Berlin W 30, Viktoria-Luise-Platz 12 — Dr. med. **K. Fahrenkamp,** Cannstatt, Badstraße 37

VERLAG VON S. HIRZEL IN LEIPZIG

LEITSÄTZE DER VORTRÄGE UND REFERATE[1]
DES III. ALLG. ÄRZTL. KONGRESSES FÜR PSYCHOTHERAPIE IN BADEN-BADEN VOM 20.–22. APRIL 1928

Referat I

Forschungsbericht über den Stand der Individualpsychologie

F. Künkel-Berlin: Der individualpsychologische Heilungsprozeß.

L. Seif-München: Individualpsychologie und Psychotherapie.

E. Wexberg-Wien: Alfred Adlers Lehre von der Organminderwertigkeit in ihrer Bedeutung für die innere Medizin.

Korreferat: H. Schultz-Hencke-Berlin: Individualpsychologie und Psychoanalyse.

P. Schilder-Wien: Die Problematik der Individualpsychologie.

Referat II

Charakterforschung

R. Allers-Wien: Wille und Erkenntnis in der Entwicklung und Beeinflussung des Charakters.

P. Häberlin-Basel: Die Problematik des Charakters.

L. Klages-Kilchberg-Zürich: Die Triebe und der Wille.

R. Sommer-Gießen: Affektcharakter und Reflexe.

Referat III

Experimentelle Psychologie und Psychotherapie

K. Lewin-Berlin: Die Entwicklung der experimentellen Willens- und Affektpsychologie und die Psychotherapie.

J. H. Schultz-Berlin: Psychogramm und Charakter.

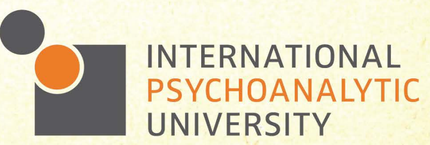
Vorträge

W. Cimbal-Altona: Die medikamentöse Beeinflussung psychischer Reaktionsbereitschaften.

W. Eliasberg-München: Der Arzt und das Wirtschaftsleben.

A. A. Friedländer-Freiburg: Sozialmedizin und Politik. (Ein Beitrag zur Psychologie der medizinischen Krisis.)

[1]) In alphabetischer Reihenfolge der Autorennamen.



F. Giese-Stuttgart: Psychotechnische Erfahrungen in der Personaldiagnose.
G. Groddeck-Baden-Baden: Klinische Mitteilungen aus einer zwanzigjährigen psychotherapeutischen Tätigkeit.
B. Hahn-Baden-Baden: Theorie der neurotischen Symptombildung auf Grund kathartisch-analytischer Erfahrungen und hypnotischer Experimente.
K. G. Heimsoth-Berlin: Die Charakterkonstellation. Die Begründung ihrer Einführung, ihre Feststellbarkeit und ihre Bedeutung für die Psychotherapie.
O. Kankeleit-Hamburg: Kriminalität und Psychotherapie.
O. Kauders-Wien: Über die prospektive Tendenz in der Psychotherapie.
B. Krause-Dresden: Arbeitsfähigkeit und Neurose.
K. Lenzberg-Frankfurt a. M.: Sexualität und Neurose.
A. Mißriegler-Wördern: Dr. Stekels aktive Methode.
A. Neuer-Wien: Individuum und Gemeinschaft.
M. Perger-Falk-Kapellensee: 6 Jahre psychagogische Werkarbeit. (Zur Frage der Dauererfolge in der Psychotherapie.)
S. Radó-Berlin: Die Psychoanalyse und das Organische.
O. Schwarz-Wien: Leistung oder Symptom?
E. Speer-Lindau: Das fiktive Ziel der Individualpsychologie.
L. Stein-Wien: Über neue Forschungen auf dem Gebiete der Sprachstörungen.
E. Stern-Gießen: Psychologie des Alterns.
E. Trömner-Hamburg: Faktoren und Erfolge der Hypnotherapie.
K. Weinmann-München: Prophylaxe der Neurosen und ihre Beziehung zur „psychischen Hygiene".

Mitteilungen

M. Silbermann-Wien: Mitteilung über den Stand der Ausbildungsfrage in Psychotherapie und psychischer Hygiene in Wien.
K. Weinmann-München: Zur Frage der Psychotherapie in der Kassenpraxis.
G. Vorbrodt-Dessau: Was wirkt therapeutisch in der Religionspsychotherapie?

Referat I: Forschungsbericht über den Stand der Individualpsychologie

F. KÜNKEL:

DER INDIVIDUAL-PSYCHOLOGISCHE HEILUNGSPROZESS

I. KATEGORIEN DES ÄRZTLICHEN DENKENS

Die Wissenschaft ist, wenn sie sich über die Vorgänge der Erkrankung und der Heilung klar werden will, auf diejenigen Denkformen angewiesen, die der gesunde Menschenverstand einerseits und die Philosophie andererseits ihr zur Verfügung stellt. Das ärztliche Handeln ist durch diese Denk-

form in hohem Maße – aber nicht ausschließlich – mitbestimmt. Man kann auch Richtiges tun und sich dabei etwas Falsches denken. Aber man wird noch öfter am richtigen Handeln gehindert sein, weil man Falsches denkt.

1. Das kausale Denken galt lange als die einzige exakt wissenschaftliche Form. Man versucht die Wirkung nicht nur der Medikamente, sondern prinzipiell aller ärztlichen Maßnahmen durch Experimente festzulegen. Die Formel lautet: Die Maßnahme X bei den Krankheitsbedingungen Y hat die Wirkung Z. Aber Z ist nur konstant, wenn X und Y konstant sind. Y, der Zustand des Kranken, ist jedoch auf alle Fälle eine unberechenbare Größe, und X, die Maßnahme, ist ebenfalls unberechenbar, selbst wenn es sich um die Injektion einer bestimmten Dosis eines bestimmten chemisch reinen Stoffes handelt. Diese Unberechenbarkeit der ärztlichen Maßnahme wird jetzt unter dem Namen der „suggestiven Faktoren" allgemein anerkannt. Damit ist die kausale Denkweise in der Medizin als unzureichend erwiesen.

2. Die finale Denkweise, die sich zuerst im Vitalismus geltend machen wollte, führt in der Gegenwart nur ein verschämtes und gleichsam unbewußtes Dasein. Die Psychoanalyse behauptet manchmal, ihr in den Begriffen „Trieb" und „Libido" gerecht zu werden, beansprucht aber andererseits doch eine „kausal orientierte Naturwissenschaft" zu sein.

Die neuere Biologie (besonders Hans Driesch) bemüht sich ebenfalls um die Einführung finaler Begriffe in eine sonst kausal orientierte Denkweise.

Die Individualpsychologie, besonders da, wo sie popularisiert oder vulgär mißverstanden wird, erscheint als ausschließlich final orientiert. Die bewußten oder unbewußten Zwecke sollen das Ausschlaggebende sein für das Verhalten des Menschen. Richtige, nämlich lebensgemäße Zwecke sollen Gesundheit, falsche, lebenswidrige Zwecke sollen Krankheit bedeuten.

Diese Denkweise stößt jedoch auf Schwierigkeiten. Die Krankheitsursachen z. B. lassen sich nicht final, sondern nur kausal erfassen. Das Verdienst dieser vulgären Individualpsychologie ist aber die einheitliche Ausarbeitung der finalen Methode. Kausalität ist die Kategorie des Objektes (des Bewußtseinsinhaltes). Finalität ist die Kategorie des Subjektes (des Bewußtseinsträgers).

3. Diejenige Denkmethode, welche zur Zeit am besten geeignet ist, den Beobachtungen des Psychotherapeuten als Stütze und Orientierung zu dienen, ist die Dialektik, und zwar in derjenigen Form, die man als die vitale Dialektik bezeichnen kann. Das Subjekt, das in seinem Streben nur final zu verstehen ist, wird durch ein Objekt, das nur kausal erkannt werden kann, beeindruckt. Die (endogene) finis wird durch die (exogene) causa verändert, bleibt aber ihrem Wesen nach finis. Das Subjekt wird durch das Objekt verändert, bleibt aber Subjekt. Der Standpunkt, die Verhaltungsweise des

Subjektes ändert sich, und dadurch ändert sich wiederum seine Beziehung zum Objekt. Die nächste Einwirkung des Objektes auf das Subjekt muß daher eine andere Wirkung haben als die vorangegangene Einwirkung. Ein Objekt, das das Subjekt gestern krank gemacht haben würde, wird es vielleicht heute nicht mehr krank machen können.

II. DER PRAKTISCHE VERLAUF DER HEILUNG

Eine Beschreibung kann nie unvoreingenommen sein. Sie setzt theoretische Ansichten voraus. Aber man kann versuchen, möglichst wirklichkeitsnah zu beschreiben, so daß Anhänger anderer Begriffssysteme den beschriebenen Vorgang in der eigenen Erfahrung wiedererkennen.

1. Die Neurose läßt sich in ihrem Verlauf mit einer Schraubenlinie vergleichen. Man verhält sich falsch, weil man das falsche Verhalten in der Kindheit gelernt hat. Darum erreicht man nicht, was man erreichen möchte. Man ist enttäuscht, weil man die Schuld nicht sich, sondern dem Partner zumißt. Man antwortet mit noch falscheren Maßnahmen (verstärkter Rückzug oder verstärkte Aggression) und ist noch enttäuschter, weil die Umgebung noch ungünstiger reagiert.

Durch die dauernd gesteigerte Affektlage werden die körperlichen Begleiterscheinungen (Muskelspannungen, schlechte Atmung, schlechter Blutkreislauf in einzelnen Organen oder im ganzen Körper) lange Zeit hindurch festgehalten. Organminderwertigkeiten und interkurrierende Krankheiten können vom Organismus nicht ausgeglichen werden. Die Umsetzung seelischer Symptome in körperliche (die Konversion) wird auf diese Weise verständlich.

2. Der Heilungsvorgang stellt sich als die entgegengesetzte Bewegung dar. Man begreift, daß die Mißlichkeiten nicht durch unbeeinflußbare Gegebenheiten (etwa den Charakter der Mitmenschen) zustande kommen, sondern durch unzweckmäßige eigene Verhaltungsweisen, die sich sehr wohl ändern lassen könnten. Dadurch wird die Enttäuschung etwas geringer, der Mut wird etwas größer, das Verhalten etwas freundlicher, die Antwort der Umwelt gestaltet sich in gleichem Maße günstiger, dadurch wächst der Mut, die Fehler, die man macht, verringern sich, und die Erfolge wachsen. Die Schraubenlinie schraubt in die Heilung hinein, genau, wie sie vorher in die Krankheit geschraubt hat.

Die gespannte Affektlage des Neurotikers geht auf diese Weise in die ruhige Entspannung des Gesunden über. Muskelverkrampfungen und vagatonische Funktionsstörungen verschwinden allmählich, die physiologischen Symptome der Neurose lösen sich auf, oder, wo sie einen unauflöslichen Niederschlag in einer Organveränderung zurücklassen, verlieren sie ihre bisherige negative Einwirkung auf den Gesamtorganismus. Der Kranke setzt

sich mit dem übrigbleibenden Defekt auseinander, wie mit den Überbleibseln anderer Krankheiten.

3. Das Problem der Psychotherapie ist die Umkehrstelle zwischen beiden Schraubenbewegungen. Hier liegt das Erlebnis, das der Patient am Therapeuten hat. Er „lernt" etwas an ihm. Nicht intellektuell, sondern im Sinne eines Erlebnisses, das den ganzen Menschen verändert. Aber er erlebt es nur, wenn der Therapeut im Gegensatz zu allen anderen Menschen sachlich bleibt, wenn das neurotische Verhalten des Patienten ihn verleiten möchte, unsachlich, nämlich zu weich oder zu hart, sentimental oder brutal zu werden. Der Patient lernt, daß die Menschen anders sind, als er dachte, daß er sich geirrt hat, und daß er durch die Änderung seines Verhaltens das Verhalten der anderen zu ändern vermag.

III. DIE THEORIE DER HEILUNG

Die individual-psychologische Theorie des Heilungsprozesses läßt sich nur aufstellen, wenn gleichzeitig eine Theorie der Erkrankung gegeben wird. Das Gesundwerden erweist sich einerseits als eine Umkehrung des Krankwerdens und andererseits gleichzeitig als ein weiterer Fortschritt in der Lebensentwicklung. Dieses Ineinander von rückläufiger und fortschreitender Lebensbewegung ist nur auf Grund der dialektischen Denkweise erfaßbar.

1. Der Beginn der Heilung liegt in früher Kindheit. Das Kind und sein Pfleger (die Mutter) sind nicht nur individuelle Subjekte, sondern gleichzeitig auch Teile eines übergeordneten Organismus (der Familie), sie sind Teilsubjekte. Die Mutter aber ist nicht reines Subjekt. Es gibt keine fehlerlosen Erzieher. Der wesentliche Fehler in der mütterlichen Erziehung besteht darin, daß das Kind über Gebühr zum Objekt gemacht wird. Das Kind antwortet, indem es seinerseits den Erzieher zum Objekt macht, also die eigene Subjektität übertreibt (Geltungsbedürfnis); oder indem es auf seine Subjektität verzichtet und sich völlig zum Nur-Objekt machen läßt (Minderwertigkeitsgefühl). In beiden Fällen steigert sich der Fehler automatisch. Wer überlegen sein will, fürchtet für die Überlegenheit. Die Gefahr erscheint ihm schon als Minderwertigkeit, und er muß, um ihr zu entgehen, nach noch größerer Überlegenheit streben: das ist die Dialektik der Neurosenentwicklung.

Die schlechten Erfahrungen, die der Neurotiker macht, gehen in den neurotischen Unterbau, in die Reaktionsbasis, ein. Sie verschlechtern sein Weltbild. Und auf Grund des (fälschlich) verschlechterten Weltbildes werden seine Reaktionen noch falscher und seine Erfahrungen noch schlechter. Die Neurose wächst.

2. Auch der Heilungsprozeß vollzieht sich, wenn er einmal im Gange ist, in zahllosen kleinen Etappen, die jeweils als die Phasen eines dialektischen

Prozesses aufzufassen sind. Nur verläuft der Prozeß jetzt so, daß das Weltbild des Patienten, welches bisher seine Verhaltungsweise bestimmte, als unzuverlässig erkannt worden ist. Die Reaktion wird nicht mehr ausschließlich durch den neurotischen Unterbau (die Reaktionsbasis) bestimmt, sondern außerdem noch durch eine neue, andersartige Erfahrung: nämlich durch die Erfahrung, daß auch das Weltbild entwicklungsfähig ist. Dadurch führt die neue Reaktion zu einem günstigeren Resultat. Und die neue, günstigere Erfahrung gewinnt an Wichtigkeit gegenüber dem bisherigen Erfahrungsmaterial. Die Reaktionsbasis wird günstiger. So wird Zug um Zug der pessimistische Unterbau in einen optimistischen verwandelt, indem nicht etwa die pessimistischen Erfahrungen unwirksam werden, sondern indem sie durch optimistische Erfahrungen ihre Korrektur finden. Und diese Korrektur ist möglich, weil das Subjekt seine neuen Erfahrungen auf Grund einer besseren Einsicht in die Zusammenhänge des Lebens erwirbt, so daß der Wert (der Grad der Wirksamkeit) dieser neuen Erfahrungen größer ist als der der alten. Das Subjekt hat eine neue Entwicklungsstufe (eine neue Bewußtseinslage) erreicht. – In dieser letzten Tatsache zeigt sich der Fortschritt des Subjektes, der wohl den letzten Sinn der Neurose ausmachen dürfte: Von der naiven Gesundheit (These) durch die Not der Neurose (Antithese) führt der Weg zur bewußten Gesundheit (Synthese).

3. In zahllosen Einzelschritten, die in sich dialektisch sind, legt der Mensch seinen Entwicklungsweg zurück, der auch, als Ganzes gesehen, dem dialektischen Schema folgt. Zahllose kleine Umbruchstellen bringen stets wachsende Einsicht zustande (Einsicht nicht als Erweiterung des Intellekts, sondern als Erweiterung der Reaktionsbasis). Aber an den großen Umbruchstellen stehen Katastrophen. Zwischen These und Antithese liegt das Trauma der Kindheit. Zwischen Antithese und Synthese liegt das Fegefeuer der Therapie (zu dem freilich nicht immer ein bewußter Therapeut nötig ist).

Diese zweite Katastrophe ist oft wiederum in viele Einzelteile auseinander gezogen. Nur selten erscheint sie in dramatischer Ballung; dann aber enthüllt sie ihr eigentliches Wesen. Bisher hat der Patient im dialektischen Fortschritt seiner Neurose nur einsinnige, „schlechte" Erfahrungen gemacht (alle anderssinnigen hat er tendenziös übersehen). Der Therapeut zwingt ihn, zum erstenmal eine „gute" Erfahrung zu machen, trotzdem der Patient sich mit allen unbewußten (und manchmal auch bewußten) Mitteln gegen die neue Erfahrung sträubt. Er wehrt sich gegen die Entwertung seiner Reaktionsbasis, die bisher sein Verhalten bestimmte. Er wehrt sich gegen das Freiwerden seiner Subjektität. Und er hat von sich aus recht, denn er verwechselt diese seine Subjektität (die Freiheit) mit der sorgsam aufgebauten Reaktionsbasis (dem Erfahrungsmaterial, das fälschlicherweise seine Freiheit

einschränkt). Er soll nicht mehr durch das Erfahrungsmaterial sich selbst kausal bestimmen lassen, sondern er soll dazu übergehen, von sich aus frei mit diesem Material zu schalten: es soll nicht mehr seine Zwecke bestimmen, sondern ihm als Mittel dienen. Diese völlige Änderung der inneren Verhaltungsweise bedeutet eine Revolution. Wahrscheinlich ist sie einem Bekehrungsprozesse nahe verwandt. Darum kommt dieser Umbruch nur zustande, wenn die Not so hoch gestiegen ist, daß ein Verbleiben in der alten Form nicht mehr gelingt. (Wer nur Symptome heilt, hindert also die Heilung des Menschen.)

Ist die Not des Patienten groß genug, und verhält sich der Therapeut richtig (läßt er sich weder zum Vormund noch zum Diener des Patienten machen), so zwingt er ihn, sich selber als freies Subjekt zu verhalten. Zum erstenmal steht der Patient als Subjekt, als freier Mensch, einem Subjekte, einem freien Menschen, gegenüber. Und die Angst, die ihn beim Verzicht auf die kausale Bestimmung durch den neurotischen Unterbau zu töten drohte, schlägt um in die schlichte Freude der ersten freien Reaktion.

L. SEIF:

INDIVIDUALPSYCHOLOGIE UND PSYCHOTHERAPIE

1. Unter allen Versuchen des Menschengeschlechts, zu einer „richtigen" Einstellung gegenüber der unerbittlichen und unvermeidbaren „Logik des Lebens" (eine „unendliche Idee" und „unendliche Aufgabe", Kant) zu gelangen, ist einer der jüngsten die Individualpsychologie Alfred Adlers.

2. Individualpsychologie ist ein Verflochtensein von Wissenschaft der Menschenkenntnis, Kunst und Technik der Menschenbehandlung und des zwischenmenschlichen Verkehrs und schließlich einer Lebens- und Weltanschauung. Sie setzt an Stelle der bisherigen Partial- oder mangelhafter Einheitserfassung der menschlichen Person mit aller Entschiedenheit den Standpunkt der „Zusammenhangsbetrachtung" und ermöglicht dadurch das „Verstehen" des in allen seinen, auch scheinbar gegensätzlichen Ausdrucksformen einheitlichen, zielgerichteten Individuums in seiner Wechselbeziehung zur Totalität des Lebens und Zusammenlebens. Daher ihr Name.

3. Ihre Grundlagen sind:

a) Die charakterologische Grundeinstellung des Individuums, ob mehr sachlich oder mehr persönlich, egozentrisch. Je größer die Sachlichkeit, desto geringer die persönliche Interessiertheit, der Egozentrismus, und umgekehrt.

b) Die egozentrische Einstellung ist ein untrennbarer Kompensationszusammenhang von Minderwertigkeitsgefühlen und Geltungsstreben („Ichideal": Wille zur Macht, Überlegenheit). Die Gestaltung der angeborenen Fähigkeiten und Kräfte, des Denkens, Gedächtnisses, der Affektivität, des Wollens und Handelns, der Triebe, des Charakters, des Bewußten und Unbewußten, der Gesten und Mimik, der Soziabilität usw. gehorcht dem Ziel der jeweiligen Einstellung, Sachlichkeit oder Egozentrizität. Jeder hat das Triebleben, den Charakter, das Gedächtnis, die Affektivität, die Argumente usw., die er im Dienste seines Zieles braucht.

4. Verstärkung des Minderwertigkeitsgefühles ist Verstärkung (Überkompensation) des Machtstrebens und Verminderung des Gemeinschaftsgefühles und der Sachlichkeit. Und damit Verlockung zu den schwachmütigen und gemeinschaftsfeindlichen Abwegen der Neurose, Perversion, Verwahrlosung und des Suizids. Quellen der Verstärkung des Minderwertigkeitsgefühles sind das unsachliche, egozentrische Verhalten der Umgebung, Organminderwertigkeiten, die pessimistischen Vorurteile über Begabung und Vererbung und die irrtümliche Selbst- und Umgebungseinschätzung des Kindes.

5. Neurose ist eine soziale Störung der zwischenmenschlichen Verkehrsbeziehungen, eine Ausrede und Rechtfertigung des mutlosen, egozentrischen Menschen gegenüber dem Ausreißen vor seinen Lebensaufgaben (Ich und Du, Beruf, Mann und Frau), um sein reizbares Selbstgefühl sich selbst und der Umgebung gegenüber vor Herabsetzung zu schützen, unverantwortlich zu bleiben und Privilegien zur Icherhöhung zu erzwingen. Alle neurotischen oder Verwahrlosungssymptome, auch Ambivalenz, Zweifel, Triebstörungen, Denk- und Arbeitshemmungen, Träume, Charakter, Angst und passive Züge oder List, Trotz und Gewalttätigkeit usw. sind nur zu „verstehen" als Verhaltungsweisen und Wege zu demselben egozentrischen Ziel des nervösen Individuums als dessen individuelle Antworten auf die individuelle Lebenssituation und ihre Forderung. Neurose und Verwahrlosung sind nicht angeboren, sondern erworben, eine begreifliche, aber nicht verpflichtende und darum änderbare Abirrung von der sachlichen, mutigen und anpassungsfähigen Einstellung auf die „Logik des Lebens". Dasselbe gilt für das Werden, die Fixierung und Änderung des Charakters.

6. Die Individualpsychologie und Psychotherapie der Neurose und Verwahrlosung ist also eine Umerziehung eines mutlosen, unselbständigen und vermeintlich unverantwortlichen Individuums zu einem mutigen, selbständigen und selbstverantwortlich seine Lebensaufgaben angehenden Menschen, eine Änderung der egozentrischen Haltung in eine sachliche, die Eingliederung des isolierten Individuums in die soziale Lebenssituation, die Umwandlung

eines unreifen Menschen, der sich zum „Mittel" von Zwecken anderer machte, um die anderen zum „Mittel" seiner egozentrischen Zwecke zu machen, in ein reifes, freies und gleichberechtigtes „Subjekt" inmitten der anderen „Subjekte" (Kant).

Voraussetzung dazu ist: Das Leiden des Nervösen an sich selbst, sein Änderungswille, sein Vertrauen zum Therapeuten und nicht zuletzt dessen Vorbereitung für die gemeinsame Aufgabe des Heilungsprozesses. Eingespannt in den unvermeidbaren Konflikt, sein Leben der egozentrischen Illusion zu opfern oder diese der vertrauensvollen und tätigen Bejahung des Lebens, treibt den Nervösen jeder sein reizbares Selbstgefühl verletzende Zusammenstoß mit der Wirklichkeit in den Zwang der Umorientierung.

Es ist überflüssig, zu sagen, daß Drängen und Moralisieren ausgeschlossen sein muß, nicht aber überflüssig, hervorzuheben, daß das Studium der Individualpsychologie und ihrer Technik allein nicht genügt zur Behandlung. Der Therapeut muß mit der Individualpsychologie in seinem Leben selbst vollen Ernst gemacht haben, also nicht hier dies und dort das gegenüber dem Verhalten des Nervösen „machen", sondern nur sich „richtig", „sachlich", das heißt den immanenten Forderungen der gegebenen sozialen Situation entsprechend verhalten können. Erst auf dieser Grundlage ist es fruchtbar, den Nervösen oder Verwahrlosten durch schrittweise Aufklärung und individuell entsprechende Ermutigung aus seinem irrtümlichen Minderwertigkeitsgefühl, seinem unerreichbaren und kostspieligen „Ichideal", aus seinen Hemmungen, seiner Isolierung, Abwehr- und Kampfhaltung freundlich herauszumanövrieren und für lebensbejahende, sachliche und mutige Mitarbeit in der Behandlung und an allen seinen anderen Lebens- und Gemeinschaftsaufgaben zu gewinnen.

7. Die beste Psychotherapie ist die Prophylaxe, die Verhütung und frühzeitige Aufhebung der Abirrung in Neurose und Verwahrlosung, das heißt eine „richtige", „sachliche" Erziehung des Kindes für das Leben und seine Aufgaben. Deren Kernproblem ist die „Erziehung der Erzieher", der Lehrer, Ärzte und mit ihrer Hilfe der Eltern, Kindergärtnerinnen, Hortleiter, Fürsorger und Seelsorger, wie sie von der Individualpsychologie seit vielen Jahren in Erziehungsberatungsstellen und Kursen gepflegt wird.

8. Individualpsychologie ist eine „negative" Methode. Ihre Aufgabe ist Entwicklungshemmungen vermeiden oder aufheben zu helfen. Eine Gemeinschaft von Menschen, die „richtig" handeln, bedarf keiner Individualpsychologie mehr.

E. WEXBERG:

ALFRED ADLERS LEHRE VON DER ORGANMINDERWERTIGKEIT IN IHRER BEDEUTUNG FÜR DIE INNERE MEDIZIN

1. Adlers Organminderwertigkeitstheorie, wie sie in der 1907 erschienenen „Studie über Minderwertigkeit von Organen" (Neuabdruck im Verlag J. F. Bergmann, München 1927) niedergelegt ist, stellt die konsequenteste Formulierung der Lehre vom Punctum minoris resistentiae dar. Die morphologisch oder funktionell gekennzeichnete Minderwertigkeit des Organs beruht auf hereditär bedingtem fötalem Bildungsmangel. Sichtbarer Ausdruck derselben sind vielfach äußere Degenerationszeichen oder Stigmen, die nicht, wie man früher meinte, als Kennzeichen allgemeiner Degeneration, wohl aber als Hinweise auf lokale Minderwertigkeiten von Bedeutung sind. Des weiteren sind minderwertige Organe im Sinne Adlers gekennzeichnet durch eine ihrem mehr embryonalen Charakter entsprechend gesteigerte Wachstumstendenz, von der aus sich Beziehungen zur Pathogenese der Neoplasmen zu ergeben scheinen. Ferner sind die Erscheinungen der Kompensation und Überkompensation sowohl im minderwertigen Organ selbst als auch im symmetrischen Organ der Gegenseite, als schließlich in anderen funktionell mit ihm in Zusammenhang stehenden Organen – vor allem im Zentralnervensystem – zu berücksichtigen. Insbesondere die letztgenannte Kompensation – die im „psychischen Überbau" –, die dadurch entsteht, daß das minderwertige Organ von frühester Kindheit an im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit steht und Gegenstand eines intensiven Trainings wird, ist von großer Bedeutung. Die Organminderwertigkeit im Sinne Adlers bezieht sich aber nicht bloß auf einzelne Organe, sondern fast immer auf ganze Organsysteme, also etwa auf den ganzen Magen-Darmtrakt, von den Zähnen und der Zunge angefangen bis zum Dickdarm, mit Einschluß aller funktionell zugehörigen Drüsenapparate, wie Leber, Pankreas; oder auf den gesamten Respirationstrakt von der Nase bis zu den Lungenalveolen usw. Von diesem erweiterten Gesichtspunkt aus sind die anamnestischen Zusammenhänge zu verwerten, und es erscheint daher nicht zufällig, wenn etwa ein Patient A., der an magenneurotischen Erscheinungen leidet, dem der Gaumenreflex fehlt, und der schon als Säugling schwere Ernährungsstörungen hatte, einen Vater hat, der an Diabetes und Fettsucht leidet, eine Schwester mit chronischer Appendizitis und etwa noch einen Bruder mit Ulcus ventriculi. Dort, wo sich morphologische oder funktionelle Stigmen an Organen zeigen, die nur lokal benachbart sind, aber funktionell nichts miteinander zu tun haben, spricht Adler von segmentaler Minderwertigkeit, unter der Annahme, daß

sich der in dem betreffenden fötalen Segment vorhandene Bildungsmangel eben an mehreren aus diesem Segment hervorgegangenen Gewebsteilen manifestiere: also etwa beim Vorhandensein von Naevi an der Haut des Thorax in der Nähe eines Lungenherdes, oder bei der durchaus nicht als ätiologisch, sondern als koordiniert zu verstehenden Beziehung zwischen Spina bifida occulta, Enuresis nocturna und Bildungsanomalien an den Zehen.

2. Diese in ihrer großzügigen Intuition gewiß beachtenswerte Lehre war geeignet, der Theorie von der konstitutionellen Disposition zu inneren Erkrankungen neue Impulse zu geben. Deutliche Hinweise auf eine stärkere Berücksichtigung des Organminderwertigkeitsgedankens finden sich vor Adler eigentlich nur bei Martius. Im engeren Bereiche der Nervenkrankheiten hatte schon vorher Gowers den Begriff der abiotrophischen Erkrankungen aufgestellt, die auf einer konstitutionellen Lebensschwäche und geringeren Leistungs- und Widerstandsfähigkeit gegen Einflüsse aller Art innerhalb des betreffenden Organsystems beruhen. Unter Hinweis auf eine Bemerkung O. Rosenbachs, daß es „angeborene embryonale Defekte gibt, bei deren Bestehen das normale Funktionieren schon eine Schädigung bedeute", wurde dann der Begriff der Abiotrophie von Strümpell und von Martius auch auf andere Organsysteme ausgedehnt. Aber erst nach Adler und zweifellos unter seinem Einfluß entwickelte sich die Lehre vom Punctum minoris resistentiae zu einer klinisch verwertbaren Theorie. Hier ist insbesondere Julius Bauer zu nennen. Ihm gelang unter anderem der erbbiologische Nachweis, daß sich die konstitutionelle Disposition zur Krebserkrankung aus zwei voneinander geschiedenen Komponenten zusammensetze: einer allgemein blastomatösen Konstitution, die allerdings sehr weit verbreitet, fast ubiquitär ist, und einer spezifischen Organdisposition, eben der Organminderwertigkeit, die nichts anderes ist als eine erhöhte Erkrankungsbereitschaft des betreffenden Organs oder Organsystems, die sich nicht nur auf die karzinomatöse, sondern auf jede sonstige Erkrankung bezieht. Bauer war es auch, der die Organminderwertigkeit des Magens als Grundlage des Ulcus ventriculi und duodeni in den Vordergrund stellte. Hier ist noch auf zahlreiche andere Autoren, wie etwa Spiegel, Albu, Berta Aschner, Bergmann u. a., hinzuweisen. Von besonderem Interesse vor allem hinsichtlich der spezifisch Adlerschen Zusammenhangsbetrachtung sind die Befunde von R. Schmidt, der bei Achylia gastrica auffallend häufig die Lingua scrotalis seu plicata und auch bei sonstigen Magenerkrankungen die Uvula bifida fand, ferner die Befunde von Covet und Morawitz, die Zungenatrophie bei Achylia gastrica beobachteten. Auch in der Frage der Tuberkulose ist insbesondere auf Julius Bauer hinzuweisen, der ganz im Sinne Adlers als determinierend für die Lokalisation eines tuberkulösen Prozesses die jeweilige Organminderwertigkeit

fand, sowie auf spätere Arbeiten von Martius, die die Frage der Prädilektion des tuberkulösen Prozesses für die Lungenspitzen von denselben Gesichtspunkten aus diskutieren. Wieder ist es Julius Bauer, der die Bedeutung der Organminderwertigkeit für die Lokalisation akuter Infekte, etwa der Gonorrhöe, hervorhebt, ebenso, gemeinsam mit Stein, für bestimmte Ohrerkrankungen, wie etwa die Otosklerose, für Muskelerkrankungen (Bauer und Aschner), für Erkrankungen der Nieren und des Herzens (siehe auch Bartel). Schließlich verdient ein Kapitel der Neurologie Erwähnung, wo Adlers Begriff der segmentalen Minderwertigkeit so ziemlich allgemeine Anerkennung gefunden hat, das ist der viel diskutierte Zusammenhang zwischen Spina bifida occulta, Enuresis, Bildungsanomalien an den Zehen und Sensibilitätsstörungen in den sakralen Segmenten, ein Syndrom, das nach Adler von Alfred Fuchs unter dem Titel der Myelodysplasie beschrieben, aber sicher fälschlich als ätiologischer Zusammenhang zwischen dem Bildungsdefekt des Sakralmarkes und den sonstigen Erscheinungen gedeutet wurde. Nach der ausführlichen Erörterung der ganzen Frage durch Zappert kann es keinem Zweifel mehr unterliegen, daß es sich um koordinierte Erscheinungen einer segmentalen Minderwertigkeit handelt (siehe auch Bauer, Lewandowsky).

3. Wesentliche Teile der Adlerschen Organminderwertigkeitstheorie haben sich also ziemlich allgemein durchgesetzt und ungemein befruchtend auf die moderne Konstitutionsforschung gewirkt. Eine wertvolle Bestätigung und Vertiefung der Theorie ergibt sich in jüngster Zeit aus den Arbeiten eines russischen Forschers, Lorin-Epstein, der, anscheinend ohne Kenntnis der Adlerschen Arbeit, unter dem Titel „Das ätiologische Grundprinzip" eine Gesetzmäßigkeit der Erkrankungsdisposition der Organe herzustellen unternimmt. Die mit außerordentlich reichlichem Material an vergleichend biologischem und anatomischem Wissen belegte Arbeit besagt, daß jene Organe oder Organabschnitte, die in jüngeren Perioden der Phylogenese anatomische oder funktionelle Umwandlungen durchgemacht haben, mehr zu Variationen und zu Erkrankungen der verschiedensten Ätiologie neigen als phylogenetisch alte, schon lang unverändert gebliebene und unverändert funktionierende Organe. Da nun die überwiegende Mehrzahl aller phylogenetischen Umwandlungen jüngeren Datums beim Menschen mit der Ausbildung des aufrechten Ganges zusammenhängen, sind alle schwachen Punkte im menschlichen Organismus zum großen Teil eben durch ihre Beziehung zum aufrechten Gang determiniert. In der Theorie Lorin-Epsteins findet sich insbesondere die Beziehung zwischen größerer Variabilität und größerer Krankheitsdisposition, wie sie das Wesen des minderwertigen Organs im Sinne Adlers ausmacht, in neuem Zusammenhang wieder.

4. Unberücksichtigt bleibt in der modernen Konstitutionslehre die Adlersche Theorie von der Kompensation und Überkompensation. Ich fand in der neueren Literatur bloß einen Hinweis auf ähnliche Gedankengänge in einer Arbeit von Gottstein, der sich auf Rehns „Gesetz der funktionellen Harmonie nach eingetretenen Einbußen" und auf Pettenkofers „Harmonie der Funktionen" bezieht. Und doch kann die Tatsache der Kompensationsfähigkeit des Organismus gar nicht in Zweifel gezogen werden. Nur wird die Beziehung derselben zur Lehre vom Punctum minoris resistentiae trotz der Hinweise Adlers nicht gewürdigt. Gesteht man die Möglichkeit einer Kompensation von Organminderwertigkeiten zu, dann muß auch der Fall vorkommen, wie ihn Adler für häufig hält, daß etwa von zwei symmetrischen Organen das primär minderwertige funktionell sogar leistungsfähiger ist als das andere, teils deshalb, weil es in sich selbst zur Überkompensation gelangt ist, teils, weil das kompensierende kontralaterale Organ funktionell überlastet und dadurch geschädigt wurde. Diesen Fall erwähnt sogar auch Julius Bauer unter Hinweis auf Secher hinsichtlich der Nieren. Nun ist es zweifellos richtig, daß sich dadurch die Verhältnisse ganz wesentlich komplizieren; daß vor allem die einfache Funktionsschwäche noch keinen Schluß auf primäre Organminderwertigkeit, die vollwertige Funktion aber erst recht keinen Schluß auf primäre Vollwertigkeit eines Organs zuläßt. Man bekommt den Eindruck, daß sich durch diesen Teil der Organminderwertigkeitstheorie wie durch eine Art Rückversicherung alles beweisen läßt: ist das betreffende Organ funktionell minderwertig, so ist der Schluß auf primäre Minderwertigkeit bei mangelhafter Kompensationsfähigkeit zulässig; ist aber die Funktion normal, so können wir doch irgend einen morphologischen oder anamnestischen Hinweis – dergleichen mag sich wohl immer finden – dazu verwenden, um eine in unserer Beweisführung etwa notwendige primäre Organminderwertigkeit, die eben kompensiert wurde, zu belegen. Tatsächlich weist ja auch einer der strengsten Kritiker Adlers, Hart, darauf hin, daß z. B. embryonal gelappte Nieren deshalb durchaus normal funktionieren, also durchaus vollwertig sein können. Aber die Tatsache, daß durch den zweifellos vorkommenden Kompensationsmechanismus die ursprünglichen Verhältnisse vielfach verwischt und undeutlich gemacht, eine Beweisführung erschwert wird, darf uns doch keineswegs veranlassen, ihn einfach zu ignorieren. Wir werden dadurch nur veranlaßt sein, in der Verwertung des Materials besonders kritisch und vorsichtig zu sein und die Diagnose einer primären Organminderwertigkeit eben nur dort zu stellen, wo eine Vielheit von Hinweisen morphologischer, funktioneller, anamnestischer und hereditärer Natur es erlaubt. Aber wir werden nicht übersehen, daß gerade auch der Gedanke der Kompensation und Überkompensation, der gewissermaßen pathognomonischen Überwertig-

keit eines Organs sich als heuristich wertvoll und fruchtbar erweisen kann. Es ist leicht ersichtlich, daß die Kompensation ein minderwertiges Organ darum noch nicht zum normalen Organ macht; daß vielmehr einerseits in der kompensatorischen Funktion selbst, andererseits in trotz allem fortbestehender erhöhter Morbidität die Minderwertigkeit fast immer manifest fortbesteht. So ist dann eine etwa durch Kompensation oder Überkompensation entstandene Überwertigkeit der Funktion an sich ein Symptom unter anderen dafür, daß das Organ „betont" ist, daß es aus der Reihe der normal gebauten und normal funktionierenden Organe herausfällt und unter besonderen Funktionsbedingungen steht.

5. So verschiebt sich der Begriff der Organminderwertigkeit im Sinne dieser Auffassung derart, daß der Ausdruck „Minderwertigkeit", der zu so vielfältigen Mißverständnissen Anlaß gibt, kaum mehr recht passen will. Es handelt sich eben im Effekt vielfach gar nicht um ein Minderwertigsein, sondern um ein Anderssein des „betonten" Organs. Für eine Pathologie der Person, die den psychophysischen Zusammenhang nicht außer acht lassen will, stellt sich dann der Tatbestand so dar, daß jeweils der gesamte Organismus gewissermaßen um das betonte Organ als Zentrum gruppiert erscheint. Die psychophysischen Konstitutionstypen, wie sie schon von den alten Ärzten, später von Sigaud, Viola, Stern, Mathes, Kretzschmer u. a. geschaffen und für die Konstitutions- und Dispositionslehre verwertet wurden, lassen sich vermutlich von diesem Gesichtspunkt aus in die Organminderwertigkeitslehre einbeziehen. Daß es sich hier um ein primäres „Betontsein" bestimmter Gewebeteile handelt, ist am deutlichsten in der Konstitutionslehre von Viola formuliert. Aber auch sonst ist vielfach von Minderwertigkeiten bestimmter Gewebe, wie des Bindegewebes (Buttersack), des elastischen Gewebes (Klippel) die Rede, oder von der Minderwertigkeit einzelner Keimblätter, des äußeren Keimblattes bei Tabikern (Bittorf), des mittleren Keimblattes beim Status thymico-lymphaticus u. dgl. Hart hat gewiß recht, wenn er sich gegen das Werturteil wendet, das in dem Ausdruck „Minderwertigkeit" zweifellos liegt. Aber hat man einmal erfaßt, daß an diesem Begriff dem ungeeigneten Ausdruck zum Trotz nicht das Werturteil, sondern die Besonderheit, das Herausgehobensein aus der Norm das Wesentliche ist, dann läßt sich der in diesem Sinne gereinigte Begriff erst recht fruchtbar ausgestalten. In Adlers Organminderwertigkeitslehre ist der Gedanke, der sich später in Friedrich Kraus' Arbeiten zu einer klinischen Zusammenhangslehre gestaltet hat, fruchtbar angedeutet und teilweise schon vorweggenommen. Hätte sich Adler nicht später den ihm wichtiger erscheinenden Aufgaben der Psychologie zugewandt, so wäre seine Theorie, die eigentlich ein Fragment geblieben ist, vielleicht grundlegend und richtunggebend für die gesamte moderne Konsti-

tutionsforschung geworden. Heute müssen wir uns damit begnügen, zu zeigen, wie sehr trotz allem die heutige Konstitutionsforschung unter Adlers direktem oder indirektem Einfluß steht, ohne es zu wissen, und wie sich in den genialen Einfällen der Studie noch manche unverwertete und doch fruchtbare Anregung finden mag, die man später einmal aufgreifen und mit dem Rüstzeug moderner Tatsachenforschung belegen mag.

H. SCHULTZ-HENCKE:
INDIVIDUALPSYCHOLOGIE UND PSYCHOANALYSE

1. Die heute übliche antithetische Gegenüberstellung von Individualpsychologie und Psychoanalyse ist ungerechtfertigt. Sie beruht im wesentlichen auf der Verwechslung abstrahierend-theoretischer Fragestellungen mit einfach empirisch-psychologischen. Rein terminologische Mißverständnisse haben weiter wesentlich Anteil daran.

2. U. a. gehört die Behauptung: „Verschiedene Denkweisen" hierher, ebenso: „Hier final, dort kausal!"

3. Tatsächlich stellt die Individualpsychologie einen Ausschnitt aus der Psychoanalyse dar. Die Individualpsychologie ist das Engere. Alles qualitativ von der Individualpsychologie Behauptete ist in der Psychoanalyse enthalten. Nicht gilt das Umgekehrte.

4. Z. B. übersieht die Individualpsychologie die Herkunft des besonderen Inhaltes von Symptomen; da, wo die Psychoanalyse vielleicht die augenblickliche, sekundäre Motivierung des Bestehenbleibens von Symptomen dem Gewicht nach nicht hoch genug einschätzt.

5. Über die tatsächlichen therapeutischen Erfolge beider Disziplinen ist bisher nichts Begründetes zu sagen. Beide haben Erfolge.

6. Zu untersuchen ist, in welchen Fällen beide ungefähr mit der gleichen Wahrscheinlichkeit Erfolge haben können, und weshalb das so ist.

7. Weiterhin wäre zu untersuchen, in welchen Fällen die Individualpsychologie infolge ihrer oben genannten größeren Enge versagen muß.

P. SCHILDER:
DIE PROBLEMATIK DER INDIVIDUALPSYCHOLOGIE

Die psychologischen Probleme der Individualpsychologie sind:

1. Das Problem der Arten seelischer Haltungen (der Triebarten).
2. Das Problem der Gemeinschaftsgefühle (die nützliche und die unnützliche Seite).
3. Das Problem der Eigenart der einzelnen menschlichen Seelen.
4. Das Problem der verschiedenen Stufen seelischen Erlebens.

Mit diesen psychologischen Problemen sind eng verknüpft die folgenden psychophysischen und biologischen Probleme.

5. Das Problem der Konstitution und der Organminderwertigkeit.
6. Das Problem der Einwirkung des Organismus auf die seelische Haltung.
7. Das Problem der Einwirkung der seelischen Haltung auf den Organismus.

Zu 1. Adler uniformiert alle seelischen Haltungen. Man kann die Mannigfaltigkeit menschlicher Strebungen nicht mit den Begriffen des Willens zur Macht des männlichen Protestes, des Wunsches nach dem Obensein erschöpfen. Die Annahme von Leitlinien ist als wesentlicher Fortschritt anzusehen.

Zu 2. Gemeinschaftsgefühl und Wendung nach der nützlichen Seite erscheinen in der Adlerschen Lehre als Forderung, ohne daß er die psychologische Struktur des Gemeinschaftserlebnisses und der Sinn der nützlichen Seite geklärt würde. Der Zusammenhang zwischen Machtstreben und Gemeinschaftsgefühl wird nicht klargelegt.

Zu 3. Die Besonderheiten menschlicher Seelen werden von der Individualpsychologie zu sehr vernachlässigt.

Zu 4. Diese Lehre verkennt die Bedeutung der Stufen seelischer Entwicklung. Die Sonderart kindlichen, neurotischen, psychotischen und mythischen Denkens wird verkannt, wenn man das Seelische lediglich als rationale Zwecksetzung ansieht.

Zu 5. Der Unzulänglichkeit der individualpsychologischen Lösung des Individualitätsproblems entspricht die ungenügende Erfassung des physischen Konstitutionsproblems. Die Organminderwertigkeit ist nicht lediglich Gelegenheit psychischer Überkompensation, sondern Ausdruck einer konstitutionellen Abänderung, welche auch im Psychischen zutage treten kann. Außerdem greift das Konstitutionsproblem weit über die Frage der Organminderwertigkeit hinaus.

Zu 6. Das überwertige Organ wird nicht lediglich durch die übermäßige Kompensation gestaltet. Adler hat zwar den Gedanken ausgesprochen, daß eine Organminderwertigkeit des Gehirns besondere psychische Mechanismen begünstige. Er hat ihn aber nicht weiter ausgeführt, er würde auch den Gehalt der Organminderwertigkeitslehre ins Gegenteil verkehren und zur Annahme differenter Seelenmechanismen in verschiedenen Personen überleiten, die von Adler abgelehnt wird. Man kommt dann zu einer Stufenbaulehre der Seele.

Zu 7. Will man die Einwirkung seelischer Haltungen auf den Körper verstehen, so muß der Begriff Zweck, Finte, Absicht durch den Triebbegriff fundiert werden.

Referat II: Charakterforschung

R. ALLERS:

WILLE UND ERKENNTNIS IN DER ENTWICKLUNG UND BEEINFLUSSUNG DES CHARAKTERS

1. Der Charakter ist das Formalprinzip des Gesamtverhaltens eines Menschen, seinem Wesen nach etwas wie eine Regel oder Maxime, sicherlich kein Realbestandteil der menschlichen Person. Dabei ist das Wort: Verhalten in weitestem Verstande zu nehmen. Alles Verhalten aber zeigt im Grunde den gleichen Aufbau wie die eigentliche Handlung. Ein Verständnis des Charakters muß daher von einer Analyse des Handelns anheben.

2. Handlung ist eine Relation zwischen dem Ich und dem Nicht-Ich. Eine Relation wird in ihrer speziellen Ausprägung bestimmt durch die beiden von ihr umspannten Glieder (Termini, Relate) und die Ebene, in der die Relation statthat (Fundament).

3. Die Relation: Handlung, als ausgespannt zwischen Ich und Nicht-Ich, wird sowohl vom Subjekt als auch vom Objekt her (der Welt) bestimmt. Sie spezifiziert sich, ohne darum ihre Einheit zu verlieren, in vier verschiedenen Aspekten: a) sie ist Eingriff in das Weltgeschehen, b) sie ist Eingliederung der handelnden Person in einen Seinszusammenhang, sohin Darstellung der Person in objektiver Sphäre, c) sie ist Selbstdarstellung der Person, d) sie ist Ausdruck der inneren Haltung und Einstellung.

4. Alle Handlung ist auf ein Ziel gerichtet. Dieses kann zweifacher Natur sein. Es ist entweder a) Vollendung als Vervollständigung oder b) Vollendung als Abschluß. Es kann ein Ziel gesetzt sein, das nicht ein letzter Punkt, sondern ein Durchgangsstadium ist einer sich entfaltenden Gesamtsituation. In diesem Falle sind außer den „Mitteln" auch die „Folgen" um des Zieles willen mitgesetzt. Immer ist das Ziel: Herstellung eines Ganzen. Dieses Ganze trägt Wertcharakter, schon weil es ein Ganzes ist, und dieses immer werthöher als das Fragmentarische. Wertfreiheit des Handelns ist schon formal unmöglich. Darüber hinaus liegt in den vier Aspekten der Handlung je eine besondere Werthaftigkeit.

5. Da die Vollendung des Ganzen auch dann, wenn das Ziel nur Durchgangspunkt ist, mit dessen Verwirklichung dem Sinne nach erreicht ist, ist die Handlung überdies in allen Fällen Erledigung einer bestimmten Spannung, der sie entspringt und die durch sie aufgehoben wird. Diese Spannung besteht zwischen den möglichen, durch den Handelnden zu verwirklichenden, und den in der Ausgangssituation wirklichen Werten.

6. Aller Handlung geht logisch und faktisch die Erkenntnis dieser Spannung, welche also nicht eine unmittelbar der Person inhärente, sondern eine intentional gemeinte ist, voraus. Die Entwicklung von dieser Erkenntnis zur Handlung verläuft durch mehrere, allerdings nicht immer in Reinheit aufzeigbare Stadien: a) Wahrnehmung der Wertspannung, wobei die Fähigkeit der Wahrnehmung in der betreffenden Wertrichtung Voraussetzung ist, b) Einbeziehung dieser möglichen Wertverwirklichung in die personale Sphäre, Stellungnahme – tua res agitur, c) „Aneignungsakt", d) eigentliche Vorbereitung des Handelns, als: Vorsatz und Entschluß, schließlich Ausführung. Wille ist genau genommen nur in letzterer am Werke.

7. In der Handlung besteht immer ein aktueller Wahrnehmungsgehalt, der sich um den Kern des Werterfassens ordnet. Erkenntnis in der speziellen Form der Werterkenntnis geht allem Handeln logisch wie phänomenal voraus.

8. Die der Person gegenüberstehende Welt der realen Dinge, Geschehnisse und Sachverhalte und die der geltenden Werte bestimmen vermöge ihrer eigenen Gesetzlichkeit Richtung und Form des Handelns. Die Bestimmung vom Ich her fließt: a) aus der Erkenntnisfähigkeit der Person für die ihr gegenüberstehende Wertwelt, b) aus der Fähigkeit zur Aneignung des erkannten Wertes.

Sie fließt nicht aus irgend einer besondern Willensbeschaffenheit, welche, wann immer man sie zu sehen vermeint, sich stets als ein Phantom enthüllt, vorgetäuscht durch bestimmte Zielsetzungen und einen bestimmten Aneignungsmodus. „Willensschwäche" ist ein Ausdruck, wiewohl ein ungenauer, für eine Erlebensform, nicht aber für einen faktischen psychischen Bestand.

9. Die Mehrdimensionalität der Wertwelt bedingt das Bestehen verschiedener Wertrichtungen, deren jede eine Gradation aufweist. Dementsprechend gibt es Richtungen und Tragweite des Werterfassens. Werterfassen einer gegebenen Person ist nach beiden Momenten zu kennzeichnen. Die Möglichkeit einer generellen Wertblindheit – Agnosie für Werte – ist zu verneinen, weil Handeln überhaupt Höherbewerten der zu verwirklichenden Situation voraussetzt, totale Wertblindheit also mit absoluter Handlungsunfähigkeit zusammenfiele. Nur für schwerste dementielle Zustände könnte solcher Zustand angenommen werden.

10. Denkbar ist nur partielle Wertblindheit bzw. Täuschung im Bereiche des Werterfassens. Es ist zu fragen, ob Voraussetzungen für solche Fehlerkenntnisse der Person inhärent, mit ihr notwendig mitgegeben sein könnten, d. h. ob der Charakter als allgemeines Formalprinzip individuellen Handelns als solcher oder der Disposition nach angeboren sein könne und konstitutionell begründet.

11. Eine derartige Meinung gründet auf einer irrigen Auffassung der Kausalrelation. Konstitutionelle Faktoren wirken charaktergestaltend im Sinne des „Anlasses".

12. Die Meinung, daß Triebhaftigkeit ausschlaggebend und eindeutig bestimmend für die Charaktergestaltung sei, gründet auf einer mangelhaften Auffassung der Rolle des Lustmomentes in der Handlung. Der Wert ist nicht das Constituens des Zieles, weil daran Lust haftet, sondern Lust kann Ziel werden, weil sie Träger einer bestimmten Wertart ist. Triebe sind auf Lust gerichtet, wenn auch nicht ausschließlich auf „Befriedigungslust", neben der der „Funktionslust" Beachtung zu schenken ist. Es ist unangängig, den Charakter allein oder auch nur hauptsächlich auf das Moment der Triebhaftigkeit aufzubauen.

13. Den Willen aus den Trieben „herzuleiten", Willensziel mit Triebziel gleichzusetzen, ist unmöglich. Triebe fordern, der Wille wählt. Wahl aber ist kein Triebkonflikt, sondern Entscheidung, sei es zwischen Werten, die als vitale am Triebhaften sich verwirklichen, sei es zwischen solchen und triebfremden, sei es nur zwischen letzteren. In der Sphäre des Triebhaften fehlt die spezifische und phänomenal eindeutig gegebene Note des „Vorziehens und Nachsetzens" und kann in keiner Weise von dort her „abgeleitet" oder „entwickelt" gedacht werden.

Die Gesamtheit der Triebe ist eine Gruppe von Weisen, in welchen sich eine bestimmte Wertart der Person darstellt.

14. Der Charakter, als die individuelle Maxime alles Handelns, kann auch bestimmt werden als Inbegriff der individuellen Wertvorzugsgesetze. Gesetze sind immer nur in kognitiven Akten erfaßbar. Solche müssen keineswegs als rationale gedacht werden. Die Betonung des Erkenntnismomentes ist nicht gleichbedeutend mit „Intellektualismus" oder „Rationalismus". Diese Meinung entsteht durch eine, dem phänomenalen Tatbestand widerstreitende Einengung der Erkenntnis auf die ratio.

15. Alle theoretische Charakterlehre, wie praktische Charaktergestaltung (Pädagogik, Psychotherapie) appelliert letzten Endes an die Einsicht, auch wenn sie glaubt mit dem Momente der Triebhaftigkeit allein ihr Auslangen zu finden. Was für Triebe gilt, gilt auch für deren biologisches Korrelat, die Konstitution. Auch sie bestimmt nicht eindeutig und nicht zwangsläufig den Charakter.

P. HÄBERLIN:

DIE PROBLEMATIK DES CHARAKTERS

1. Empirische Charakterologie hat die Aufgabe, die Gesichtspunkte zu finden und systematisch zu ordnen, unter denen die Eigenart einer Person zu bestimmen ist, nach denen sich also verschiedene Charaktere unterscheiden können.

2. Sie ist zu scheiden von der biographischen Charakter-Erforschung selbst, deren Voraussetzung und Instrument sie ist, sowie von der Charakter-Diagnostik, der sie ebenfalls als Grundlage dient. Grundsätzlich unterscheidet sie sich von aller Typenlehre.

3. Die charakterologischen Gesichtspunkte betreffen entweder die „Form" (die strukturelle und genetische Gestalt) oder den „Inhalt" (die Interessenrichtungen) des individuellen Lebens. – Im komplexen Antagonismus der persönlichen Interessen besteht die Problematik des Charakters, deren besondere Art wiederum für jede einzelne Person charakteristisch ist.

4. Die Problematik wird konstituiert durch drei ineinandergeordnete Gegensatzpaare:

a) Dem ästhetischen Interesse (der ästhetischen Lebensrichtung) widerstreitet das zwecksetzende Interesse;

b) Dieses ist in sich selbst wieder problematisch durch den ihm immanenten Gegensatz der „geistigen" und der „triebhaften" Richtung;

c) Endlich ist das Triebleben in sich dualantagonistisch orientiert nach Selbsterhaltung und Selbstveränderung.

5. Die grundsätzliche Stellungnahme des Individuums zu dieser (stets individuell gestalteten) Problematik bezeichnen wir als seine Einstellung. Ihre Voraussetzung ist, daß die Problematik individuell zum Problem geworden sei. Wo dies nicht der Fall wäre, da sprächen wir von (absoluter) Naivität.

6. Die möglichen Einstellungen scheiden sich zunächst nach dem Gegensatz von Religiosität und Moralität. – Doch wird dieser Gegensatz durchkreuzt durch die möglichen Stufen der Einstellungs-Dialektik, welche etwa zu bezeichnen wären durch Begriffe wie Idealbildung (1. Stufe), Kampf oder Kompromiß (2. Stufe), Flucht oder Abwehr (3. Stufe).

7. Die Charakterologie hat, als empirische Disziplin, keine eigene Stellung oder Einstellung zu dieser bewegten Problematik des individuellen Lebens; aber sie ist es gerade ihrer empirischen Aufgabe schuldig, sie in ihrer vollen persönlichen Bedeutung zu würdigen und ihr begrifflich gerecht zu werden.

L. KLAGES:

DIE TRIEBE UND DER WILLE

1. Begründung der Wahl des Themas. Eine Wissenschaft von den Charakteren kann nicht ausgebildet werden ohne scharfe Unterscheidung der Triebe von den Interessen (= Triebfedern). Verbale Auseinanderhaltung beider ohne Einsicht in die Gegensätzlichkeit ihres Wesens genügt nicht. – Beispiele – kleinen und großen Formats – dafür, daß der Mangel der fraglichen

Einsicht zur Voluntarisierung der Triebe und dergestalt zu völliger Verfälschung der Triebauffassung geführt hat.

2. Begriffsbestimmung des Triebes. Trieb als vitale Bewegungsursache (abgekürzte Fassung). – Abgrenzung gegen die mechanische Bewegungsursache. Durch Belege beglaubigt.

3. Begriffsbestimmung des Interesses. Interesse als dispositionelle Bedingung der Wollung. – Irrigkeit aller Anschauungen, die den Willen nach Analogie einer Bewegungsursache verstehen. Willensantrieb wie Triebantrieb sind zielbestimmt, aber nur vom Willensträger wird das Ziel auch gewußt. Die Wollung als intentionale Hemmung, der Wille als Hemmtriebfeder.

4. Das Ich, der Geist und das Es. Der Ermöglichungsgrund des Wollens ist das Ich, der Entstehungsgrund des Ichs der Eintritt einer neuen Macht in die Vitalität, nämlich des Geistes. Die weitere Entwicklung und sozusagen das Schicksal der Seelenkunde wird davon abhängen, ob und in welchem Umfang man sich zur Einsicht in die tiefe Wesensverschiedenheit der Lebensvorgänge von den geistigen Akten durchringt. – Im Willensantrieb steht der vitale Antrieb unter dem Kommando des Geistes. – Das Es und das Ich. Sinn der sog. Freiheit des Willens.

5. Die Triebe und der Wille. Eine auf 1–4 gestützte Vergleichung der Triebantriebe mit dem Willensantrieb stellt drei Unterscheidungsmerkmale beider heraus, von denen jedes für sich genügen würde, Interessen gegen Triebe und somit den Willen gegen die Vitalität unverwechselbar abzugrenzen Fingerzeige für den Entwurf eines Systems der Triebfedern. Vielzahl und Mannigfaltigkeit der Triebe, Einzahl und Einförmigkeit des Willens.

R. SOMMER:

AFFEKTCHARAKTER UND REFLEXE

1. Der alte kartesianische Begriff des Reflexes ist zu einseitig mechanisch, er muß in biologischer und entwicklungsgeschichtlicher Richtung weiter entwickelt werden.

2. Die Reflexe bei Tieren und Menschen sind gewissermaßen lineare Ausschnitte aus Reizbewegungssystemen, die in der Entwicklungsgeschichte des Nervensystems begründet sind (vgl. R. Sommer, Tierpsychologie, 1925, Seite 20 u. f.).

3. Bei dem Fortschritt zu höheren Organisationsformen werden uralte Reizbewegungssysteme von neueren psycho-physiologischen Einrichtungen überdeckt, wobei eine Hemmung und Bremsung der älteren Reizbewegungssysteme erfolgt.

4. Die Gehirnentwicklung als Ganzes ist mit Bremsvorrichtungen für uralte latente Reizbewegungssysteme verbunden.

5. Der Affektcharakter beruht wesentlich auf der Art, wie die höheren Zentren auf die entwicklungsgeschichtlich gegebenen Reizbewegungssysteme einwirken. Dieses Verhalten wird in dem Vortrag durch eine Reihe von Kurven, die mit den Apparaten zur Darstellung von Ausdrucksbewegungen erhalten worden sind, demonstriert.

Referat III: Experimentelle Psychologie und Psychotherapie

K. LEWIN:

DIE ENTWICKLUNG DER EXPERIMENTELLEN WILLENS- UND AFFEKT-PSYCHOLOGIE UND DIE PSYCHOTHERAPIE

Die Psychotherapie, die bei sinnespsychologischen und Intelligenzproblemen nahe Beziehung zur experimentellen Psychologie aufrecht erhält, steht vielfach der experimentellen Psychologie des höheren Seelenlebens (Wille, Trieb, Affekt) ablehnend gegenüber. Diese Einstellung war weitgehend berechtigt gegenüber einer Psychologie, die hauptsächlich nach Erlebniselementen fragte, in seelisch oberflächlichen Schichten verweilte und das Ganze der Person nicht sah.

Die folgenden Ausführungen wollen an Hand einzelner Beispiele aus der Willenspsychologie die Wandlung der Grundeinstellungen der experimentellen Psychologie auf diesem Gebiete veranschaulichen und die Frage erörtern, welche spezifische Aufgabe die experimentelle Psychologie im Rahmen der psychotherapeutischen Grundwissenschaften erfüllen kann.

Aufgabe des Psychotherapeuten ist es, in einen konkreten Zustand eines bestimmten Individuums verändernd einzugreifen. Formallogisch gesprochen sind dazu Voraussetzung: 1. Kenntnis der Ablaufsgesetze der betreffenden seelischen Zustände und Prozesse, 2. Kenntnis der Eigenheiten des betreffenden Individuums (Charakter, Anlage, Geschichte), 3. Ermittlung der psychologisch relevanten inneren und äußeren Momentsituation. Es besteht vielfach die Ansicht, daß auf allen drei Gebieten Feststellungen, die über sinnespsychologische und intellektuelle Fakten hinausgehen, von der experimentellen Psychologie nicht zu erwarten sind.

A. Erweiterung des experimentell erfaßten Gebietes.

1. Es wird am Problem: „Willensstärke und Gewohnheit" erläutert, wie die experimentelle Willenspsychologie, ausgehend von phänomenalen Fragen nach dem Wesen des „Willenserlebnisses" immer mehr zu dynamischen, kausal-

genetischen Fragen übergegangen ist; wie über das Schema der Assoziationspsychologie hinausgehend sich dynamisch präzisere Fragestellungen und ein größerer Reichtum systematisch zusammenhängender Grundbegriffe herausbilden, und wie damit zugleich die Beziehungen zu den lebenswichtigen Problemen z. B. der Triebe, Bedürfnisse, der übergreifenden Willensziele und Handlungsganzheiten akut werden.

2. An Hand einiger Beispiele wird gezeigt, wie etwa die Probleme der Spannung und Entspannung von Bedürfnissystemen, der Grad der Kommunikation verschiedener Bedürfnisse und seelischer Bereiche, die Frage der Verdrängung, der verschiedenen Arten der Ersatzbefriedigung, der Bedeutung der Gesamtspannungslage für das Festgehaltenwerden des Ichs auch in unangenehmen Situationen, das Problem der der Handlung vorausgehenden Gedankensünde, die Rolle physischer und psychischer Komponenten für die Entstehung bestimmter körperlicher Symptome, die Ursachen und Entladungsformen affektiven Geschehens u. a. m. in den Bereich der experimentellen Untersuchung eingeht und wie eine qualitative und quantitative Behandlung dieser Probleme möglich ist.

B. Methodisches.

1. Wandlung der experimentellen Methodik.

Formal pflegt gegen die experimentelle Methode vor allem eingewendet zu werden, daß sich bestenfalls abstrakte allgemeine Gesetze ergeben, mit denen die Praxis wenig anfangen kann, ferner daß das Laboratoriumsexperiment prinzipiell lebensfern ist.

a) Gesetz und Einzelfall sind keine Gegenbegriffe, wenn man mit der These der strengen, ausnahmslosen Gesetzlichkeit auch im höheren Seelenleben Ernst macht. (Von der These der strengen Gesetzlichkeit aus ist z. B. die Schwierigkeit einer mehrmaligen Wiederholung des gleichen Affektversuchs bei derselben Person und die Abhängigkeit des Ablaufs des Versuchs von den speziellen Charakteranlagen des betreffenden Individuums kein methodisches Hindernis zur Ermittlung der allgemeinen Gesetze.) Methodisch bedeutet das eine Verschiebung des Schwergewichts von statistischen und halbstatistischen Verfahren fort zur Ermittlung der Gesetze auf Grund einer experimentellen Durchdringung der dynamischen Struktur relativ weniger konkreter Fälle. Damit ergibt sich eine Annäherung an die Methode einer, allerdings experimentellen, Kasuistik.

b) Lebensnähe oder -ferne eines Experiments hängt trotz der Wichtigkeit der absoluten Intensitäten gerade in der Psychologie („Umschlagen der Quantität in die Qualität") im wesentlichen nicht davon ab, ob es gelingt, einen Abklatsch eines Falles aus dem Leben zu erzeugen, sondern ob es

glückt, Situationen, Geschehensverläufe und Systemstrukturen zu erzeugen, die den in Frage stehenden Fällen des täglichen Lebens dynamisch äquivalent sind.

c) Es ist möglich, innerhalb der Laboratoriumsversuche Situationen zu schaffen, wo die Vp. sich selbst nicht im Versuch fühlt: aufgabefreie Versuche (Eliasberg, Giese, Fränkel), „natürliche" Experimente (Lasurski, Artemow).

d) Daß im Laboratorium prinzipiell keine seelisch tiefergreifenden Prozesse erzeugbar sind, ist nur bedingt richtig. Die gegenteilige Annahme erwächst aus einer zu mikroskopischen Betrachtung: ein Berühren tieferer seelischer Schichten der Vp. auch bei an sich gleichgültigen Aufgaben ist deshalb möglich, weil die Vp. auch während des Versuchs im Gesamtverband ihrer Lebensführung bleibt, so daß hinter der Ausführung der Einzelaufgabe für die Vp. z. B. der persönliche Ehrgeiz, es recht gut zu machen steht, oder die lockende Furcht, „durchschaut" zu werden, die unklare Idee, mit der „Wissenschaft" unmittelbar in Berührung zu kommen o. ä. m. (Der Sachverhalt liegt hier zum Teil ähnlich wie zwischen Arzt und Patient.

2. Die Bedeutung der experimentellen Gesetzesforschung für die Psychotherapie.

Der Erfolg der psychotherapeutischen Maßnahmen hängt nicht nur davon ab, daß erkannt wird, welche Faktoren im konkreten Falle überhaupt mitspielen, sondern ganz wesentlich auch von einer richtigen Einschätzung der jeweiligen quantitativen Momente, des Gewichts der einzelnen Faktoren. Theorien, die die psychischen Phänomene nur klassifikatorisch unter irgendwelche Oberbegriffe subsummieren, pflegen sich zwar besonders konsequent und auch scheinbar widerspruchsfrei durchführen zu lassen, können aber dem Psychotherapeuten nicht genügen. Für eine Erforschung der vollen, qualitativen und quantitativen psychischen Wirklichkeit reichen phänomenologische Feststellungen und auch die Beobachtungen des täglichen Lebens nicht aus; sie können letzten Endes nur mit Hilfe einer systematisch variierenden experimentellen Methode erschlossen werden. In der Tat steht – ähnlich wie der Psychotherapeut bei der Aufgabe der Heilung – auch der experimentelle Psychologe bei der Aufgabe, bestimmte psychische Zustände oder Abläufe willkürlich zu erzeugen, unter dem Zwange zur begrifflichen und faktischen Berücksichtigung der vollen psychischen Wirklichkeit, und zwar um so stärker, je mehr es sich um seelisch tiefergreifende Phänomene handelt.

3. Experimentelle Feststellung individueller Eigentümlichkeiten.

Die psychotherapeutisch wichtige Unterscheidung momentaner Zustände und individueller Konstanten, insbesondere die Unterscheidung von Schick-

sals- bzw. Milieufaktoren und Anlagen, kann z. T. an Hand der Vorgeschichte geschehen. Daneben dürfen experimentelle Verfahren (auf intellektuellem Gebiete geläufig durch Testuntersuchungen, die zweifellos Schwächen zeigen, aber ihre psychotherapeutische Bedeutung bei nicht zu äußerlicher Anwendung behalten dürften) gerade bei der Ermittlung der tieferliegenden dynamischen Individualkonstanten, z. B. der Triebhaftigkeit, Empfindsamkeit, Fähigkeit seelische Spannungen zu ertragen u. ä., wichtig werden. (Vgl. das Referat von I. H. Schultz.)

C. Wandlung der Begriffsbildung.

1. Eine begriffliche Voraussetzung gerade für die experimentellen Untersuchungen der „höheren" psychischen Prozesse und die Anwendung experimenteller Hilfsmittel in der Psychotherapie ist der Übergang von einer mehr mikroskopischen, elementenmäßigen, isolierenden Betrachtungsweise zur Erfassung der jeweiligen Ganzheiten verschiedener Art, Strukturierung und Größenordnung, vor allem also der vorliegenden Handlungsganzheiten, der jeweiligen Struktur der Bedürfnissysteme und des seelischen Aufbaues der Person.

2. Auf allen Gebieten der Psychologie und Psychopathologie hat anstelle der äußerlichen Leistungsbegriffe die Feststellung des jeweils vorliegenden psychisch realen Prozesses zu erfolgen. Psychotherapeutisch wichtig dürfte vor allem sein, daß auch in der Willens-, Affekt- und Charakterlehre anstelle der äußerlich klassifikatorischen Begriffsbildung eine konstruktive Begriffsbildung tritt, die sich nicht nach Trieben, Instinkten und Anlagen mit ein für allemal festgelegten Wirkungsweisen bzw. Phänotypen orientiert, sondern das Verhalten des Menschen aus der Richtung und Stärke der psychischen Kräfte und Spannungen innerhalb des jeweils vorliegenden inneren und äußeren Situationsganzen begreift.

J. H. SCHULTZ:
PSYCHOGRAMM UND CHARAKTER

Das Thema wurde in dem erweiterten Sinne aufgefaßt, den bei dem jetzigen Erfahrungsstande unvollziehbaren Versuch wenigstens im Ansatze zu wagen, die wesentlicheren Erscheinungen auf dem Gebiete der angewandten Psychologie daraufhin zu sichten, wieweit hier Tatsachen, Erkenntnisse, Fragestellungen und Aufgaben gegeben sind, die für die Psychotherapie in dem vom Referenten immer vertretenen kritischen Sinne von Belang sein oder werden können. Berücksichtigt ist dabei im wesentlichen die Literatur der letzten 20 Jahre unter Ausschluß der von Korreferenten besonderer Berufenheit behandelten Spezialgebiete (Kurt Lewin, Fritz Giese).

Damit ergeben sich eine Reihe von zentralen Aufgabestellungen, die sich annähernd in folgender Weise bezeichnen lassen:

1. Experimentelle Messung und Analyse von Einzelleistungen und Verhaltungsweisen,
2. Korrelationsfragen,
3. Berufspsychologie,
4. Experimentelle Bearbeitung und deskriptiv-analytische Psychologie der Kinder und Primitiven,
5. Reaktionsanalyse im tieferen Sinne und Ansätze zu einer Typengliederung.

Es dürfte einleuchtend sein, daß bei unserer Fragestellung die, wie das Thema andeuten soll, nach der charakterologischen oder, wie man bei dem heutigen Stande dieser Forschung u. E. besser sagen würde, persönlichkeitskundlichen Seite orientiert ist, vor allen Dingen Punkte von Belang sind, die in den Arbeiten selbst mehr Neben- und Gelegenheitsbefunde darstellen. Überall da, wo eine methodisch geschlossene Forschungsrichtung sich der „Wirklichkeit", dem „Lebendigen", konsequent nähert, wird sie in ihrer Weiterführung und zunehmenden Vollendung sich selbst auflösen, mindestens ihre methodische Ausgangsstellung in weitestem Maße modifizieren oder erweitern müssen. So sehen wir auch die experimentelle Psychologie mit Vertiefung und Fortschritt ihrer Anwendung zunehmend durchtränkt werden von introspektiven Momenten auf der einen, allgemeinmenschenkundlichen auf der anderen Seite. Und gerade in diesen Grenzbereichen ist vor allen Dingen medizinisch-psychologisch wichtiges Material zu erwarten.

Hinsichtlich der Leistungsuntersuchungen darf als besonders wesentlich hervorgehoben werden, daß vordem allzusehr als einfache Primitivreaktionen aufgefaßte Leistungsverläufe bei näherer Prüfung in den letzten Jahren ihre überaus komplexe Beschaffenheit immer deutlicher erkennen ließen. Dies zeigt sich in zahlreichen Arbeiten, besonders einmal dadurch, daß scharf ablehnende Beurteilungen der bisher üblichen Testmethoden ebensosehr immer häufiger werden, wie auf der anderen Seite immer öfter bei der praktischen Bearbeitung einzelner Verhaltungsweisen kompliziertere, bildlich gesprochen „zentralere" Momente in ihrer entscheidenden Bedeutung erkannt werden. Hier ist vor allen Dingen voreiliger Skepsis entgegenzutreten. Die allgemeine Lage dieser Seite psychogrammatischer Vorarbeit berechtigt in keiner Weise dazu, ein prinzipielles Ignorabimus auszusprechen, sondern läßt nur in Übereinstimmung mit den psychotherapeutischen Erfahrungen der letzten 30 Jahre voreiliges Schematisieren auf psychologischem Gebiete in seiner ganzen Bedenklichkeit deutlich werden. Dem-

gegenüber lassen zusammenfassende Verarbeitungen wirklich großer praktischer Erfahrung (Psychotechnik, W. Poppelreuter, H. Bogen, O. Lipmann, W. Stern) keinen Zweifel darüber, daß kritisch angesetzte Einzelleistungsprüfungen wesentlichsten Zugang mindestens vorbereitender Art zur Gesamterfassung geben können, so daß etwa einfachste Prüfung doch mit recht erheblicher Sicherheit „Begabte" und „Unbegabte" unterscheiden läßt, sowie etwa der erfahrene Psychotherapeut mit relativ geringer Täuschungsgefahr in kurzer Zeit bestimmte Menschen als für ernsthafte und tiefer gehende Arbeit ungeeignet erfaßt und ausschließt. Hier vermag das Hilfsmittel experimenteller Schnellphotographie trotz aller perspektivischen Täuschung gute Auslesedienste zu leisten.

Sehr viel stärker in den Anfängen steckt im nächsten Zusammenhang mit dem eben Ausgeführten die Korrelationsforschung eigentlicher Art (W. Stern).

Die Berufspsychologie (Lipmann) interessiert in unserem Zusammenhang im wesentlichen nur von den Fragestellungen aus: Berufsbegabung, Berufsneigung (Bogen), Berufsprägung.

Auch diese Seite unseres Gegenstandes führt direkt und unvermeidlich zu der psychotherapeutisch zentralen Frage: Eigenreaktion oder erworbene Verhaltungsweise.

Wesentliche Hilfen kann uns hier weiter die genauere wissenschaftliche Klärung der seelischen Entwicklung des Kindes und die des primitiven Geisteslebens bieten, wo uns besonders Arbeiten beschäftigen, die in der exakten Festlegung kindlicher Entwicklungsgestaltung Verhaltungsweisen wiedererkennnen lassen, die in der Reaktion des normalen und abnormen Erwachsenen durchschimmern oder klar hervortreten. wie etwa ein Vergleich kindlicher Zeichenleistungen und des Rohrschachversuchs lehrt.

Soll das Wort „Charakter" in der medizinischen Psychologie Existenzberechtigung behalten und vor einer Diffussion in den u. E. viel umfassenderen Begriff der „Persönlichkeit" bewahrt bleiben, so ist dies, wie vom Referenten früher schon ausgeführt, nur dadurch möglich, daß unter Charakter letzte, absolut kennzeichnende, primitive, genotypisch gegebene und unabänderliche Eigenheiten (Dispositions- und Reaktionseigenheiten) verstanden werden. Damit stellen wir uns in absoluten Gegensatz zu all den vielfach vertretenen Anschauungen, die eine Typologie nur im Sinne einer schematischen, für praktische Verständigung zulässigen Vereinfachung gelten lassen wollen. Selbstverständlich ist mit den wirklich in diesem Sinne zu verurteilenden groben populärpsychologischen „Typen" gar nicht zu rechnen, ebenso ist ohne weiteres zuzugeben, daß die bisher vorliegenden psychogrammatischen Versuche trotz aller auf-

gewandten Mühe nicht entsprechend fruchtbar wurden, doch beweist es nichts, dagegen daß mit fortschreitender Erfassung wirklich ganz primärer Reaktionsunterschiede und entsprechender Durchprüfungen eines ausreichend großen Menschenmateriales der Weg zu einer wirklichen Typologie eröffnet wird, von der erste Ansätze auf den verschiedensten Gebieten berichtet werden.

Die Wichtigkeit der hier angedeuteten Fragen für die medizinische Psychologie und Psychotherapie bedarf wohl keiner besonderen Hervorhebung, bei der ungeheuren Ausdehnung des Materiales kann selbstverständlich nur in ganz unzulänglichen Andeutungen skizziert werden.

Vorträge

W. CIMBAL:

DIE MEDIKAMENTÖSE BEEINFLUSSUNG PSYCHISCHER REAKTIONSBEREITSCHAFTEN

Leitsätze nicht eingegangen.

W. ELIASBERG:

DER ARZT UND DAS WIRTSCHAFTSLEBEN

1. Wo wir von Wirtschaft sprechen, meinen wir den Inbegriff derjenigen sozialen Erscheinungen, die sich aus der Produktion, Verteilung und Konsumtion der Sachgüter ergeben (Sombart). Da wir vom modernen Wirtschaftsleben sprechen, können wir auf eine subjektive Definition, die etwa von den Bedürfnissen und ihrer Befriedigung ausgehen würde, verzichten. Wir müssen dies tun, weil wir nur durch das objektive Moment der Sachgüter die wirtschaftlichen Vorgänge von anderen an die Befriedigung der Bedürfnisse geknüpften Vorgängen, z. B. den sexuellen, abtrennen können. Die Wirtschaft ist nicht gekennzeichnet durch das sogenannte wirtschaftliche Prinzip, ökonomische Prinzip des kleinsten Mittels und größten Zweckes u. dgl. m. Vielmehr zeigt die Betrachtung der modernen Wirtschaft, daß ein solches Prinzip selbst in der Privatwirtschaft immer wieder durch juristische, ethische Normen durchkreuzt wird. In der Volkswirtschaft wird das wirtschaftliche Prinzip am stärksten abgebogen durch die Sozialpolitik. Nicht ein naturalistisches Prinzip beherrscht die Volkswirtschaft, sondern der aus dem Nationalgefühl geborene Wille des Staates, „dem Vaterland dauernde Bürgschaften seines inneren Friedens und den Hilfsbedürftigen größere Sicherheit und Ergiebigkeit des Beistandes, auf den sie Anspruch haben, zu hinterlassen" (Kaiserliche Botschaft vom 17. Nov. 81). Die Sozialpolitik des Staates wird

aus der anfänglichen Politik einer Fürsorge für die schwächeren Wirschaftssubjekte immer mehr zu einer der Grundlagen der Nationalpolitik.

2. Wirtschaft ist ein „Apparat", und zwar ein unentbehrlicher Apparat. Ärztliche Aufgaben können überall da entstehen, wo die körperliche und geistige Gesundheit der in den Wirtschaftsapparat verflochtenen Menschen bedroht oder betroffen wird. Hiernach können wir als ärztliche Aufgaben scheiden:

1. die Prophylaxe und Hygiene der Produktionsprozesse im weitesten Sinne des Wortes,
2. die der Konsumtionsprozesse.

A. Mit dem Menschen im Produktionsprozeß beschäftigen sich schon jetzt folgende ärztliche Sonder- bzw. Grenzgebiete

I. a) vor dem Eintritt in das Berufsleben: die Berufsberatung und Eignungsprüfung im weitesten Sinne des Wortes,

b) nach dem Eintritt in das Berufsleben: die Arbeiter- und Angestellten-Auslese und -Verteilung.

a) und b) können als Subjektspsychotechnik (Giese) bezeichnet werden.

II. Die Gewerbehygiene (etwa Objektspsychotechnik-Giese).

B. Der Mensch im Konsumtionsprozeß.

Hierher gehört die große Fülle der Probleme, welche an die Sachgüterverteilung anschließen; Lohnfragen, Wohlfahrtseinrichtungen, Boden- und Wohnungspolitik, Einrichtung der allgemeinen Arbeitsbedingungen, Versicherungen aller Art, und zwar private, staatliche, Zwangsversicherungen, kurz, die ganze Gestaltung der beruflichen und außerberuflichen Lebensbedingungen.

3. Wenn auch im Sachgüterprozeß das Interesse des Arztes dem Menschen gehört, so muß doch von ihm verlangt werden, daß er zu den wirtschaftlichen Vorgängen keine romantische Einstellung habe. Eine welt- und wirtschaftsflüchtige Schwärmerei für das Mittelalter, ein Zurückführenwollen zu den einfachen und „gesunden" Zuständen der Vergangenheit steht dem Arzt, soweit er als Arzt das Wirtschaftsleben beeinflussen will, am wenigsten an. Das müssen wir Ärzte auch berücksichtigen da, wo wir als Ärzte in das Wirtschaftsleben unmittelbar verflochten sind, nämlich im Krankenkassenwesen.

4. Aus der Fülle der Probleme wird hier das Einzelproblem einer Wirtschaftspathologie herausgeschnitten mit folgenden beiden einander ergänzenden Fragestellungen:

a) Wie abnormisiert das moderne Wirtschaftsleben die Menschen als Persönlichkeiten in der Produktion und in der Konsumtion? Dies betrifft

z. B. die Frage der Neurotisierung durch Arbeit, Ermüdung, Erschöpfung, Genuß, Erholung.

b) Wie beeinflußt die abnorme Persönlichkeit das Wirtschaftsleben? Störungen der Wirtschaftsverfassung des „Gleichgewichts im sozialen Organismus".

A. A. FRIEDLÄNDER:

SOZIALMEDIZIN UND POLITIK

(EIN BEITRAG ZUR PSYCHOLOGIE DER MEDIZINISCHEN KRISIS)

Das Wort von der „Krise in der Medizin" droht zu einem Schlagwort zu werden.

Krisenhafte Erscheinungen zeigt nicht nur die Heilkunde.

Daß diese die besondere Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit erregen, hängt zum Teil auch damit zusammen, daß dem Menschen nichts teurer ist, als sein Ich, daß er sich um nichts mehr bekümmert, als um seine Gesundheit, obwohl er sich gerade um diese meist nicht in der richtigen Weise bekümmert. Die Medizin ist im schlimmsten Sinne des Wortes „popularisiert worden". Manche in führender Stellung befindliche Ärzte sind an dieser Tatsache nicht ganz unschuldig. Weiterhin ist das öffentliche Leben „politisiert" worden. Inwieweit ähnliche Verhältnisse in anderen Ländern vorhanden sind, soll an dieser Stelle nicht besprochen werden. Vielmehr wollen wir uns ausschließlich mit den in Deutschland herrschenden Zuständen befassen.

Heilkunde im engeren, Wissenschaft im weitesten Sinne des Wortes müßte von Politik völlig unabhängig sein. Tatsächlich ist gerade das Gegenteil der Fall.

Bei Berufungen spielt nicht die Befähigung, die „zum Heilen und zum Unterricht berufene Persönlichkeit" die ausschlaggebende Rolle, sondern, wie Liek zutreffend schrieb, das Parteibuch und neben der politischen Einstellung das religiöse Bekenntnis.

Der Kämpfer gegen den Alkoholismus wird als Feind des Kapitalismus bzw. als Gegner einer mit großen Mitteln versehenen Erzeugergruppe betrachtet.

Wer gegen die Auswüchse der sozialen Gesetzgebung auftritt, wird als „Reaktionär" gebrandmarkt. Ein Gesetz wie das zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten konnte gegen den Widerstand gewisser Parteien und Parteivertreter nur durchgesetzt werden, indem es mit Schönheitsfehlern belastet wurde, deren Auswirkung sich bereits heute fühlbar zu machen beginnt. (Verbot gewisser Behandlungsarten, wenn sie nicht die Zustimmung des Kranken finden; Aufhebung der Reglementierung.) Der Kampf gegen das Impfgesetz nimmt groteske Formen an.

Die Frage der Kinderbeschränkung ist zweifellos eine im höchsten Grade soziale, sie hängt aufs engste mit den ernsten geldlichen Verhältnissen, mit der Arbeitslosigkeit, mit der Wohnungsnot zusammen, aber sie ist durch diese Mißstände nicht hervorgebracht worden.

Jede Verhandlung im Reichstag läßt erkennen, daß auch diese Frage parteipolitisch, weit mehr mit Rücksicht auf die Wählermassen, als mit Rücksicht auf die Not des einzelnen behandelt wird. Die Kulturschande der Kurierfreiheit wird mehr und mehr von der Regierung als solche erkannt. Schon heute kann aber vorausgesagt werden, daß, wenn die Reichsregierung sich entschließen wird, die Aufhebung der Kurierfreiheit zu verlangen, diese Frage nicht vom Standpunkt der Volksgesundheit aus unparteiisch behandelt werden wird. Diese Behauptung darf ausgesprochen werden, weil vor Jahren eine große Zahl von Männern, die Abgeordnete werden wollten, sich schriftlich verpflichteten (vor der Wahl), gegen die Aufhebung der Kurierfreiheit zu stimmen.

Die Ärzteschaft selbst ist in sich uneinig. Auch sie trennt nicht nur die – Mainlinie. Sie ist weder eine wissenschaftliche noch eine Standeseinheit. Unbewußt diktatorisches Verhalten der Ärztevertretungen. Bund der Biochemisten. Sezession. Schulmedizin und Homöopathie. Die einander bekämpfenden Richtungen in der Psychotherapie. „Tabletten und Ampullenmedizin." Fehlendes Gemeinschaftsgefühl. Überorganisation. Ärzte und Krankenkassen.

Wenngleich die Ärzteschaft Deutschlands in politischer Beziehung den Abgeordneten gegenüber keine beachtenswerte Gruppe, wie etwa die großen Gewerkschaften mit ihren 75000 Sekretären, darstellt, wenngleich also die Ärzteschaft nicht darauf zu rechnen hat, daß irgend eine Partei um ihre Gunst buhlt, wenngleich die Regierung nicht immer das volle Verständnis für die Bedeutung eines in sich gesunden und im Volke angesehenen Standes zeigte, so darf dies nicht entmutigend wirken. Es gibt Möglichkeiten, die eine Besserung anbahnen können: Änderung des medizinischen Studienganges und der Prüfungsordnung. Vertiefte Ausbildung in Ernährungs-, Naturheil-, seelischer, arzneiloser bzw. arzneiarmer Behandlung. Eingehende Belehrung über die Gefahren der Rauschgifte. Die Hochschule muß die Mediziner zu Trägern sozialer Strebungen machen. Anzustreben ist eine Änderung des oft gespannten Verhältnisses zwischen Ärzten und Krankenkassen. Es ist notwendig, das gesamte Kassenarztwesen zu ändern. Die Ärzte müssen gegen die beabsichtigte Beseitigung des „Verlusts der Ehrenrechte" Stellung nehmen und verlangen, daß bei schweren Verfehlungen eines Arztes zeitliche und dauernde Entziehung der Approbation ausgesprochen werden kann. Den Ehrengerichten sind alle Ärzte zu unterstellen. Den Ärztekammern gegenüber sind alle Ärzte in gleicher Weise beitragspflichtig zu machen.

Das Verhältnis zwischen den Fakultäten und den Ärzten bedarf grundlegender Änderung. Es muß weiterhin versucht werden, den Zustrom zum medizinischen Studium für mindestens zehn Jahre abzuriegeln. An die Spitze des Gesundheitsministeriums ist ein Arzt zu berufen, dem ein in Fragen der Verwaltung, der sozialen Fürsorge usw. erfahrener Unterstaatssekretär beigestellt wird. Die Ärzteschaft muß für eine Vereinfachung ihrer Organisation sorgen. Sie soll Männer ihres Vertrauens in die gesetzgebenden Körperschaften zu bringen versuchen, und zwar Männer, die, gleichviel von welcher Partei sie aufgestellt wurden, sich lediglich der Volksgesundheit, nicht ihren Wählern gegenüber verantwortlich fühlen. Der Kampf gegen das Kurpfuschertum ist aus idealen Gründen zu führen als eine Standespflicht. Dies sollen insbesondere jene 150 ärztlichen Vereine bedenken, die der deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung des Kurpfuschertums noch nicht angehören. (Nach Feststellung des Reichsgesundheitsamtes: 50000 Kurpfuscher – mehr als 5000 Todesopfer!)

Die Ärzte sind (sollten sein) Glieder einer medizinischen und gemeinnützigen Genossenschaft. Den Ärzten zeigt sich unverhüllt die wirtschaftliche, körperliche, seelische (u. a. sexuelle) Not. So wären sie die besten Führer auf dem Gebiete der sozialen Wohlfahrt, der Eugenik, der Ertüchtigung des Volkes –, der Überbrückung der Gegensätze zwischen Arbeitgeber und -nehmer. Keine Frage der Sozialpolitik kann durch die Ärzte allein gelöst werden; darum müssen sie mit dem Juristen, dem Volkswirt, dem Politiker, mit der Kirche und Schule gemeinsam arbeiten. Keine dieser (sozialpolitischen) Fragen dürfte aber ohne oder gegen die Ärzte entschieden werden. Die Fragen, von denen Volksgesundheit und Gesundung des Ärztestandes in erster Linie abhängt, sind: die Kassenarztfrage, vertiefte und anders gerichtete therapeutische Ausbildung unserer Studierenden. Die Beseitigung der Schäden, die durch eine nicht sinngemäß durchgeführte soziale Fürsorge in Erscheinung traten. Auf unsere soziale Gesetzgebung im ganzen dürfen wir stolz sein; wir wollen aber vermeiden, daß sich dem Stolz – Dummheit beigesellt.

F. GIESE:
PSYCHOTECHNISCHE ERFAHRUNGEN IN DER PERSONALDIAGNOSE

Auf Grund zehnjähriger Erfahrungen in der Psychotechnik bei einer aus Jugendlichen (Berufsberatung, Auslesen für Industrie usw.) und Erwachsenen (Erwerbslosen, Kriegs- und Unfallbeschädigten, insbesondere Hirnverletzten) bestehenden Klientel läßt sich für Therapiezwecke, Anlernverfahren u. a. m. die Diagnostik zur Zeit folgendermaßen differenzieren:

1. Die Benutzung des „psychologischen Profils". Die Verwendung des Rossolimo-Profils ist gebunden an bestimmte fiktive Voraussetzungen. Wie

an Hand von Beispielen gezeigt wird, eignet es sich diagnostisch nur für alternative Symptomatik oder für genetische Niveaufestlegungen. Es bedarf unbedingt der Ergänzung durch beschreibende Verfahren. Vor allem ist es noch nicht gelungen, über das mosaikhafte Nebeneinander zu einem strukturell gebundenen Bezugssystem zu gelangen. Die Fiktion der Isolierung einzelner Funktionen läßt sich insbesondere nur teilweise aufrechterhalten.

2. Die Verwendung der „Arbeitsprobe". Ergänzend tritt zur funktionellen Prüfung die Arbeitsprobe, für die Beispiele geboten werden. Man kann entweder mit Poppelreuter diese Arbeitsprobe als einen Leistungsversuch auffassen und sinngemäß nach den Kräpelinschen Teilungen erläutern. Man kann auch mit Giese die Arbeitsprobe nur zur Allgemeinbeobachtung der Verhaltensweise auswerten und so aus behavioristischen Gesichtspunkten zu einer Darstellung effektiver Faktoren bei der Person gelangen. Das Studium der Verhaltensweisen komplexer Form leitet über zum

3. „Spontanraumversuch" und dem „Partnerexperiment". Der Spontanraum erfaßt meist völlig komplex die Person und schafft unvermerkte Beobachtungsgelegenheiten am allein gelassenen Menschen. Es lassen sich dabei Ebenen der Verhaltungsweisen unter Umständen bestimmen. Man kann mit Henning von dort aus zum Partner- und Zweipersonenexperiment voranschreiten, wie auch bereits die Arbeitsprobe Gruppenversuche zu bestimmtem Zwecke nahegelegt hat. Im Zweipersonenexperiment wird dabei ein Abhängigkeitsverhältnis zwischen den Beteiligten unmittelbar geschaffen. Im Spontanraum wird meist der Alleinmensch und das Pseudoexperiment bevorzugt.

Diese von der Psychotechnik neuerdings entwickelten Diagnoseverfahren streben immer deutlicher zu einer scharfen Trennung alternativ-symptomatischer und differentiell gestaffelter Untersuchungen. Die ersten enden meist in entweder einer ausgesprochenen Reaktionsform oder einer zugeordneten Typologie; die anderen in einer Skala graduierter Leistungsunterschiede. An Hand von Proben wird gezeigt, daß man unschwer einen Test und andere Versuche nach dieser oder jener Richtung entwickeln kann. Heuristisch ist die symptomatische Methode zukunftsreicher. Für die Psychotherapie ist sie auch relativ möglicher, da hier nicht – wie in der Psychotechnik – der Standard des Normalen differenziert werden muß (was wesentlich schwerer fällt), sondern da mit einer bestimmten pathologischen Zuordnung oder symptombedingteren Anbrüchigkeit gerechnet werden darf. Insofern wird das psychologische Profil unter Umständen wieder sehr wertvoll, um Vergleichsuntersuchungen am selben Patienten vorzunehmen. Es läßt sich an Beispielen zeigen, daß mit therapeutischen Einwirkungen eine Profilveränderung Hand in Hand gehen kann.

G. GRODDECK:
KLINISCHE MITTEILUNGEN AUS EINER ZWANZIGJÄHRIGEN PSYCHOTHERAPEUTISCHEN TÄTIGKEIT

An der Hand von Beispielen aus seiner Praxis sucht der Referent nachzuweisen:

1. daß alle organischen Leiden erfolgreicher psychotherapeutischer Behandlung zugänglich sind;
2. daß die physische Behandlung erst durch die in ihr vom Arzt bewußt oder unbewußt verwendeten psychischen Behandlungsfaktoren wirksam wird;
3. daß die Erfolge des Arztes um so größer werden, je mehr er die psychischen Faktoren des organischen Leidens ursächlich prüft und psychotherapeutisch zu beeinflussen sucht;
4. daß die Entwicklung der Psychotherapie in den nächsten Jahrzehnten die wissenschaftliche und praktische Medizin auf dem Gebiet der Diagnose und Therapie in ungeahntem Maße umgestalten wird;
5. daß diese Änderungen am auffallendsten in den Gebieten auftreten werden, die bisher als außerhalb psychischer Heilfaktoren betrachtet werden, wie beispielsweise die Untersuchung des Kranken, die Wundbehandlung, Geburtshilfe, Augenheilkunde, innere Medizin mit Einschluß der Infektionskrankheiten, allgemeine Pathologie.

B. HAHN:
THEORIE DER NEUROTISCHEN SYMPTOMBILDUNG AUF GRUND KATHARTISCH-ANALYTISCHER ERFAHRUNGEN UND HYPNOTISCHER EXPERIMENTE

1. Jedes von einem Unlustaffekt begleitete Erlebnis hat eine Reaktion auf motorischem oder (und) vegetativem Gebiete zur Folge. Affekt und Reaktionserscheinungen klingen im allgemeinen innerhalb kürzester Zeit wieder ab. Die Dauer des Abklingens ist abhängig von Art und Stärke des Erlebnisses, von konstitutionellen Momenten. Das Abklingen selbst ist abhängig von der Möglichkeit einer kritischen Verarbeitung.
2. Bei Individuen mit neurotischer Anlage klingt Affekt und Reaktion nicht wieder ab, sondern Affekt bzw. Reaktion wird fixiert als neurotisches Symptom. Das nochmalige Durchleben im Halbschlaf beweist, daß in diesen Fällen der Tatbestand im Erlebnismoment nicht kritisch verarbeitet wurde.
3. Es gelingt in Zuständen, in denen die Kritik ausgeschaltet ist (die assoziative Tätigkeit gelähmt ist), neurotische Symptome dadurch zu erzeugen, daß ein Tatbestand für die Versuchsperson entwickelt wird, der von einem Unlustaffekt begleitet ist.

4. Das neurotische Symptom des täglichen Lebens kommt dadurch zustande, daß im Moment des Erlebens des mit einem Unlustaffekt verknüpften Tatbestandes eine mehr oder weniger starke Bewustseinseinschränkung stattfindet (Hypnoid), die die assoziative Tätigkeit mehr oder weniger weitgehend hemmt.

5. Neurotische Symptome von Symbolcharakter kommen dadurch zustande, daß im Hypnoid durch mehr oder weniger starke Ausschaltung der Verstandestätigkeit die in den tiefsten Schichten der Persönlichkeit wurzelnden Symbolisierungstendenzen wieder in Aktion treten.

6. Die zur Neurose Veranlagten sind Individuen, die infolge ihrer somatischen Konstitution die Neigung haben, auf gewisse unlustbetonte Erlebnisse hin mit Bewußtseinseinschränkungen zu reagieren.

7. Diese Individuen nehmen den Todstellreflex, einen im Tierreich noch vielfach vorhandenen, beim Menschen durch Ausbildung des Intellekts obsolet gewordenen Reflex wieder auf.

8. Im Gegensatz zu Freud ist die Entstehung des neurotischen Symptoms nicht nur auf „verdrängte", sondern allgemein auf nichtverarbeitete Erlebnisse zurückzuführen. Auch erinnerungsfähiges Material kann zu nervösen Symptomen führen, falls es im Erlebensmoment nicht verarbeitet wird.

9. Die sogenannte „Verdrängung" ist keine aktive Maßnahme der Persönlichkeit, sondern eine weitgehende vollkommene Assoziationslähmung, die infolgedessen auch die Möglickkeit ausschließt, den Tatbestand wachbewußt auf assoziativem Wege zu erinnern.

10. Der Traum ist ein Versuch der Persönlichkeit, unverarbeitetes Material nachträglich zu verarbeiten, und zwar ein zum Mißglücken verurteilter, da im Schlaf die Kritik ausgeschaltet ist.

K.-G. HEIMSOTH:

DIE CHARAKTERKONSTELLATION

DIE BEGRÜNDUNG IHRER EINFÜHRUNG, IHRE FESTSTELLBARKEIT UND IHRE BEDEUTUNG FÜR DIE PSYCHOTHERAPIE

Die Aufweisung der Schicksalhaftigkeit scheinbar exogener Faktoren im kausalen Zusammenhang früherer Erlebnisse, also psychischer Bedingtheiten, ergibt sich in der Psychoanalyse als Ziel. Als letztes aber fände eine ideale Analysierung ihre Grenzen mit der Feststellung einer „Organisationsform", dem qualitativen und quantitativen Verhältnis der Partialtriebe, welche auf der individuellen Wertigkeit der erogenen Zonen fußt. Es wird (siehe P. Schilder, H. Hartmann) individuell Psychisches auf physiologisch Spezifisches, d. h. letzten Endes auf den konstitutionellen Faktor zurückgeleitet.

Es wird die Verbindung zwischen meßbarer Körperlichkeit, dem Konstitutionellen, und dem Psychischen äußerst eng angenommen. Zu Unrecht, denn es ist eine in gewissen Grenzen von der Körperkonstitution unabhängige und gesonderte psychische Charakterveranlagung nachweislich. Diese relative Unabhängigkeit macht die Einführung ihres Begriffes notwendig. Ich bezeichne sie mit Charakterkonstellation. Ich begründe sie aus den Untersuchungsergebnissen bei Zwillingen, die selbst bei Eineiigkeit Charakterunterschiede zeigten. Die Eineiigkeit gewährleistete eine praktisch als gleich anzunehmende Konstitution. Solche, die dabei noch stets gleichen Milieueinflüssen ausgesetzt waren, sind das jetzt 20jährige eineiige Zwillingsbruderpaar A. und K. H. Beide sind äußerlich nur durch einen verschieden lokalisierten Leberfleck zu unterscheiden, beide haben den linken oberen Dens can. nicht gewechselt, beide haben seit ihrem 15. Lebensjahr einen chronischen Stirnhöhlenkatarrh. Aber beide sind dabei psychisch weitgehendst verschieden: der früher geborene jähzornig, praktisch, beruflich interessiert, der andere intellektueller, weicher, organisatorischer, mehr theoretisch interessiert für Studium und geisteswissenschaftliche Themen. Der „Ältere" Träger eines latenten Sadismus, der „Jüngere" unfähig aus sich herauszugehen und „nervös".

Aber es scheint nicht nur durch die weitgehend unterschiedliche psychische Artung (Konstellation) in diesem Falle die Einführung eines besonderen Begriffes gerechtfertigt, sondern es ergibt sich auch ein sehr genauer Inhalt durch die Feststellbarkeit und Erfassung der Konstellation. Diese ist mit astrologischen Mitteln möglich. Die Möglichkeiten gehen bei weitem über eine Nutzmachung der Graphologie noch hinaus.

Es ergibt sich hier eine Möglichkeit, psychische Diagramme zu erhalten, in denen Individualität, Persönlichkeit, Intellekt, Sexualität und damit auch die psychoanalytischen Komplexe und vieles andere mehr ersichtlich sind. Es ist aber zu betonen, daß es noch weitgehender Durcharbeitung bedarf, daß aber doch schon Ergebnisse auch spezieller Natur vorliegen. Ich habe die Charakterkonstellation (auch in der psychoanalytischen Praxis) besonders im Hinblick auf die männliche Gleichgeschlechtlichkeit näher untersucht und eine Auswahl des praktischen, belegenden Materials mit den Folgerungen, die sich auch für die Psychoanalyse ergeben, publiziert.

Die Bedeutung einer Lehre der Charakterkonstellation nicht nur für die Psychologie, sondern besonders auch die Psychotherapie ergibt sich in mehrerer Beziehung: wie sich neue grundlegende Gesichtspunkte für die theoretische Charakterlehre ergeben, sind auch für die Theorie der psychoanalytischen Lehren weitgehende Konsequenzen gegeben. Daneben lassen sich aber auch die praktischen (psychotherapeutischen) Möglichkeiten nicht verkennen: die

erfaßte Konstellation gibt auch Handhabe zur psychoanalytischen Komplexdiagnose und kann zum Ausbau der aktiven Methodik so mit herangezogen werden, sie läßt aber auch eventuell sogar die Grenzen therapeutischen Wirkens (Gleichgeschlechtlichkeit z. B.) erkennen. Eine Erörterung über die Astrologie, welche mit Wissen, weniger mit Glauben zu tun hat, führt in uferlose Theoretisiererei; wichtiger ist die Überprüfung des schon vorliegenden Materials, auf welches sich die Lehre von der Charakterkonstellation als eine empirische, wenn auch erst werdende neue Wissenschaft aufbaut.

Der Vortrag wird sich beschränken auf einen skizzierenden Auszug der mit 36 praktischen Beispielen belegten Gedankengänge, welche niedergelegt sind in der Monographie „Charakterkonstellation, mit besonderer Berücksichtigung der Gleichgeschlechtilchkeit" (Verlag Otto Wilhelm Barth, München-Planegg. Am 1. März 1928 im Buchhandel erschienen).

O. KANKELEIT:
KRIMINALITÄT UND PSYCHOTHERAPIE

Die Psychotherapie, welche auch das irrationale und unbewußte seelische Geschehen zu erforschen sucht und es weitgehend bei ihren Heilmethoden berücksichtigt, kann im Hinblick auf die Kriminalität

1. zur Erkenntnis der rein rationalistisch nicht zu erfassenden innerseelischen Vorgänge, welche beim Entstehen und Geschehen eines Verbrechens eine Rolle spielen, beitragen und damit nicht nur die Kriminalpsychologie, sondern auch die Verbrechensverhütung fördern. Vorbildlich im Sinne einer „Tiefenpsychologie" sind die Darstellungen der Dichter wie Schiller („Der Verbrecher aus verlorener Ehre"), Shakespeare („Richard III.", „Macbeth" u. a. m.), Dostojewski („Raskolnikoff", „Brüder Karamasoff" u. a. m.), Wedekind („Der Brand von Egliswyl").

Eine der Totalität des seelischen Geschehens gerecht werdende Psychologie führt zu einer objektiveren, affektfreieren Stellungnahme dem Kriminellen gegenüber, zu einer „sozialen Abwehr" an Stelle einer Vergeltungsstrafe, welche zu einer Persönlichkeitszerstörung anstatt zu einem Persönlichkeitsaufbau (wo ein solcher möglich ist) beiträgt und damit eher weitere Verbrechen verursacht als solche verhütet.

2. Die Psychotherapie kann als therapeutische Methode im Rahmen des Strafvollzuges eine größere Wirksamkeit entfalten, als es bisher geschehen ist. Zweifellos ist die Zahl der Neurotiker und der seelisch Disharmonischen unter den Kriminellen größer als unter der übrigen Bevölkerung. Sind diese Störungen doch oft die Ursache oder eine Bedingung für die kriminelle Handlung. Von Bedeutung ist auch die Beseitigung von Affektstörungen, Re-

aktionspsychosen und anderen seelischen Störungen, welche durch das Milieu der Haft bedingt werden. Die Untersuchungshaft ist für viele noch schädlicher als die Strafhaft (Ungewißheit, Erwartung, strenge Isolierung, Mangel an geeigneter Beschäftigung usw.). Voraussetzung der Möglichkeit einer Psychotherapie ist ein Vertrauen des Gefangenen zum Arzt, welches möglichst das, welches zwischen Patient und Privatarzt besteht, zum Vorbild haben müßte. Wesentlich ist daher die dienstliche Stellung des psychotherapeutisch tätigen Arztes. Es müßten die Gefangenen weder Vorteile noch Nachteile, soweit es die gerichtlichen Angelegenheiten betrifft, von ihm zu erwarten haben. An Methoden würden solche, welche einen besonders intimen psychischen Kontakt, wie sie etwa die „Übertragung" in der Psychoanalyse zur Voraussetzung hat, und einen besonders großen Aufwand an Zeit beanspruchen wie die Psychoanalyse, nur in Ausnahmefällen zur Anwendung kommen. Zur Befreiung von Erregungen, Affektstörungen und seelischen Disharmonien dürften in den meisten Fällen schon Suggestivtherapie, Entspannungsübungen, verbunden mit autosuggestivem Training, ausreichen, wobei weniger die Technik der Methoden als das, was durch sie zur Psychosynthese, zum Persönlichkeitsaufbau dient, wichtig ist.

OTTO KAUDERS:
ÜBER DIE PROSPEKTIVE TENDENZ IN DER PSYCHOTHERAPIE

Die sogenannten tiefenpsychologischen Behandlungsmethoden, also vorwiegend die Psychoanalyse und die Individualpsychologie, sind retrospektiv gerichtete seelische Betrachtungsweisen. Das Individuum in der Ausgeprägtheit seiner charakterologischen Grundtendenzen in der Fülle seiner Erlebnisse geht in die Neurose und in das neurotische Symptom ein. Eine wesentliche Aufgabe der beiden genannten Behandlungsmethoden wird darin erblickt, den Weg, der das Individuum aus seinen verschiedenen Erlebnisperioden, aus inneren und äußeren Konflikten heraus zur Neurose und zum Symptom geführt hat, in der Behandlung noch einmal zurückzulegen und klarzumachen. Nun bilden sich in jeder Neurose nicht nur die Vergangenheit des Individuums und seiner Erlebnisverläufe irgendwie ab, sondern in der Neurose selbst liegt ein Faktor, der in die Zukunft weist, der deutlich gewisse Tendenzen zur Weiterentwicklung des Individuums verrät und der zu einem zukunftsgestaltenden verwendet werden kann. Die sinnfällige Störung seelischer Mechanismen und Dynamismen, der wir in der Neurose begegnen, ist nicht nur eine Revolution, sondern auch eine Evolution, die für die Entwicklung des Individuums in der Zukunft etwas Bestimmtes besagen will. Um diesen prospektiven Faktor in der Neurosenbildung festzustellen,

ist nicht nur Tiefenpsychologie, sondern auch Breitenpsychologie, die das Individuum auch in der Gesamtheit seiner anlagemäßigen Bedingungen erfaßt, notwendig. Es handelt sich in der Ausgestaltung dieses Faktors nicht um eine aufoktroyierte Psychagogik, auch nicht um die sogenannte aktive Technik, wie sie mitunter von der Psychoanalyse betrieben wird, sondern um eine Ausgestaltung der Persönlichkeit aus ihren eigenen Anlagen und Motiven heraus. Das, was C. G. Jung als sekundäre oder unterdrückte Funktion bezeichnet, ist hier von großer Wichtigkeit. Auch die erbbiologischen Charakterstudien von H. Hoffmann weisen auf neue Möglichkeiten. Aus der Erfahrung bei der Behandlung leichterer Neurosen wissen wir, wie schwer es oft fällt, das Individuum von seinen Symptomen weg in die Zukunft zu richten. Es wird die Frage aufgeworfen, ob, besonders in chronischen Neurosen mit eingeschliffenen Symptomen sowie bei Organneurosen eine derartige Umstellung mit Hilfe psychologischer Methoden allein durchführbar ist und die Möglichkeit einer organisch-pharmakologischen Beeinflussung des Individuums, die eine Zäsur zwischen Neurose und Zukunft setzt, erörtert.

B. KRAUSE:
ARBEITSFÄHIGKEIT UND NEUROSE

Begriffsbestimmung. Die Arbeit als zentrale Lebensaufgabe. Die Gemeinschaftstendenz in der Arbeit. Arbeitsmotivation und Neurose: Mißbrauch der Arbeit als Mittel, Schein einer Leistung, Flucht, Erlebnis der Müdigkeit, Sicherungstendenz, Abänderung der Bedingungen, Solospieler. Mitarbeit und Neurose. Bericht über eine Enquete. Sozialpädagogische Maßnahmen.

K. LENZBERG:
SEXUALITÄT UND NEUROSE

Das Triebziel ist nicht angeboren.

Entwicklung der Triebzielfindung und Triebzielwandlung entspricht der Sinnfindung im sexuellen Gesamtgeschehen.

Ihre Entwicklung ist ein „Symptom" der Entwicklung des ganzen Menschen und unterliegt sowohl endogenen wie exogenen Faktoren.

Endogene Entwicklungshemmung der Triebzielfindung ist ein Symptom der endogenen psychischen Entwicklungshemmung des ganzen Menschen.

Kommt das endogene Moment nicht in Betracht für ein anormales sexuelles Verhalten, so ist letzteres ein Symptom im Rahmen der entmutigten und gleichzeitig asozialen gesamten Persönlichkeit; jede ihrer Verhaltungsweisen – nicht nur die sexuellen – wird Abwegigkeiten zeigen, bei jeder Neurose ist anormales sexuelles Verhalten aufzufinden. Aus der Zugehörigkeit der

Phänomene ist nicht zu schließen, daß die Sexualität ausschlaggebend ist für Ursprung und Gestaltung der Neurose.

Dem individuellen neurotischen Charakter entspricht die individuelle Sexualität; deren Wandlung ist abhängig von der Wandlung der gesamten Persönlichkeit.

A. MISSRIEGLER:

DR. STEKELS AKTIVE METHODE

Leitsätze nicht eingegangen.

A. NEUER:

INDIVIDUUM UND GEMEINSCHAFT

Leitsätze nicht eingegangen.

M. PERGER-FALK:

6 JAHRE PSYCHAGOGISCHER WERKARBEIT
(ZUR FRAGE DER DAUERERFOLGE IN DER PSYCHOTHERAPIE)

Voraussetzungen, im Sachlichen und Persönlichen, für psychagogische Werkarbeit; Wortsinndeutung. – Statistische Angaben über das bearbeitete Material und Ordnung nach diagnostischen und therapeutischen Gesichtspunkten im Hinblick auf dauernden Erfolg.

Bericht über die Erfahrungen bei verschiedenen Krankheitsformen (u. a. reaktive Depressionen; Konflikts- und Milieuneurosen; Hy; Störungen der Pubertät und des Klimakteriums; Schizoide; Psychopathen; funktionelle Übel; organische Störungen; Zykloide) an Hand von etwa 20 als Beispiele gewählten Fällen.

Methodisches; Ausblick.

S. RADO:

DIE PSYCHOANALYSE UND DAS ORGANISCHE

Leitsätze nicht eingegangen.

O. SCHWARZ:

LEISTUNG ODER SYMPTOM?

Leitsätze nicht eingegangen.

E. SPEER:

DAS FIKTIVE ZIEL DER INDIVIDUALPSYCHOLOGIE

Kritische Überlegung zum Entwicklungsgang der Individualpsychologie, besonders hinsichtlich weltanschaulicher Auswirkung.

L. STEIN:

ÜBER NEUE FORSCHUNGEN AUF DEM GEBIETE DER SPRACHSTÖRUNGEN

Leitsätze nicht eingegangen.

E. STERN:

PSYCHOLOGIE DES ALTERNS

Leitsätze nicht eingegangen.

E. TRÖMNER:

FAKTOREN UND ERFOLGE DER HYPNOTHERAPIE

Leitsätze nicht eingegangen.

K. WEINMANN:

PROPHYLAXE DER NEUROSEN UND IHRE BEZIEHUNG ZUR PSYCHISCHEN HYGIENE

1. Die Wirksamkeit der Neurosenprophylaxe hängt ab von der Richtigkeit unserer Auffassungen über Ätiologie und Genese der Neurosen.

2. Der konstitutionelle Faktor (Disposition) ist gleichermaßen wie der Umweltsfaktor (Position), wie die Dynamik ihrer Wechselbeziehungen (reaktiver Faktor) zu berücksichtigen.

3. Mängel und Schwächen der Konstitution sind mit allen geeigneten Mitteln zu bessern – immer im Hinblick auf die Verhütung einer irrläufigen psychischen Reaktion im Sinne einer gestörten Selbsteinschätzung (Entstehung des „Minderwertigkeitsgefühles").

4. Die Gesamtheit der Umweltsfaktoren, welche für die Bewältigung der Lebensaufgaben vorbereiten, also etwa Familie, Erziehungsmilieu, Schule, Arbeits- und Erholungsstätten, sind für eine erfolgreiche Neurosenprophylaxe unter dem Gesichtspunkt der Ermutigung – im Gegensatz zur Entmutigung – des heranwachsenden Kindes zu erfassen.

5. Der entscheidende Angriffspunkt für die Verhütung der Neurosen liegt in der Stellungnahme (Reaktion) des Individuums zu seinen konstitutionellen Gegebenheiten, seiner Umwelt und seinen Lebensaufgaben. (Die Neurose ist der charakteristische Ausdruck einer irrläufigen Stellungnahme.)

6. Die immanente Tendenz zur Kompensation ist planmäßig zu fördern, eine fehlerhafte Überkompensation zu verhüten.

7. Die Entwicklung und Übung einer richtigen Kompensation, einer Erhöhung der „Spannkraft" ist eine wesentlich pädagogische und heilpädagogische Aufgabe.

8. Mit dem Ziel der Erziehung zu einem begründeten Selbstvertrauen und Vertrauen in die Umwelt, zur Selbständigkeit und zur Entwicklung der schöpferischen Kräfte ist die Prophylaxe der Neurosen auf eine einfache Formel gebracht.

9. Damit ergibt sich die Notwendigkeit einer Revision unserer Erziehungsmethoden als eines der wichtigsten Teilgebiete der psychischen Hygiene.

10. Eine Verwertung der vorliegenden Ergebnisse der Individualpsychologie für die Prophylaxe der Neurosen – in der Allgemeinpraxis und in allen einschlägigen Fachgebieten – ist angesichts der weitverbreiteten Schäden ein dringendes Gebot der Stunde.

Mitteilungen

M. SILBERMANN:

MITTEILUNG ÜBER DEN STAND DER AUSBILDUNGSFRAGE IN PSYCHOTHERAPIE UND PSYCHISCHER HYGIENE IN WIEN

Der Bericht wird erstattet an Hand der Arbeiten des Akademischen Vereines für medizinische Psychologie.

Er gilt gleichzeitig als Meinung des wissenschaftlichen Beirates. Der Vereinsarbeit sind drei Hauptziele gesetzt:

1. Dem künftigen praktischen Arzt medizinische Psychologie zu vermitteln. (Als Ergänzung bzw. Hinzufügung zum klinischen Unterricht.)
2. Den Studierenden mit allen psychologischen Schulen bekannt zu machen.
3. Propagandistische Ziele (um auch den bisher uninteressierten Studenten die Wichtigkeit des Gebietes zu zeigen).

Ausgangs- und Endpunkt der Bestrebungen ist die Klinik.

Diese drei Ziele sollen erreicht werden durch:

Zu 1. und 2. a) Vorträge, b) Kurse, c) Seminar, d) Praktika, e) Führungen.

Dabei ist gerade jetzt ein Wendepunkt in der Unterrichtsart zu verzeichnen:

Bisher: Unsystematische Programmzusammenstellung aus dem ganzen Gebiete der medizinischen Psychologie.

Im letzten Semester:

Beginn einer Systematisierung der Kurse: α) Psychoanalyse, β) Individualpsychologie, γ) psychotherapeutische Heilmethoden, δ) Heilpädagogik (als Grenzgebiet).

Künftig: a) Beibehaltung der Vorträge als Anregung für Vorgeschrittene, wobei auf zusammenhängende Zyklen Gewicht gelegt werden wird. b) Systematischer Kurs über Psychotherapie (gelesen von Professoren und Dozenten aller psychologischen Richtungen). c) Seminare und Referierabende. Teils

als Vorbereitung auf schwierige Vorträge, teils zur besseren Erarbeitung medizinisch-psychologischer Standardwerke gedacht. d) Individualpsychologische Erziehungsberatung. Praktika über experimentelle Psychologie. Kurze Praktika über Suggestivmethoden.

Zu 3. Der Verein hat sich dem akademischen Leben vollkommen eingefügt; er hat 10 Prozent der an der Wiener Universität inskribierten Mediziner zu seinen Mitgliedern (etwa 300).

Resumee: Das bisherige Programm ist der Ausdruck einer Einführungs- bzw. Übergangszeit zum möglichst systematischen medizinisch-psychologischen Unterricht.

Darin und in dem Entzug der Studierenden aus den verwirrenden Kämpfen der verschiedenen psychologischen Schulen sowie dem Lehren und Lernen der Psychologie im engsten Anschluß an die Klinik liegen unter anderem seine Hauptverdienste.

Endlich Weitung des medizinischen und menschlichen Gesichtskreises.

So hat sich die Methode des Akademischen Vereins für medizinische Psychologie in dreijähriger Tätigkeit in Wien bewährt und dürfte in lokaler Abwandlung allerorten einer systematischen medizinisch-psychologischen Ausbildung des Studierenden vorarbeiten können.

K. WEINMANN:
ZUR FRAGE DER PSYCHOTHERAPIE IN DER KASSENPRAXIS

1. Kassenpatienten müssen psychotherapeutisch – auch im Sinne der „großen", systematischen Psychotherapie – versorgt werden können.

2. Eine sachgemäße psychotherapeutische Behandlung ist für die Krankenkassen rationell, insofern sie von zeitgemäß geschulten und gewissenhaft arbeitenden Fachärzten geleistet wird. (Vgl. hierzu das Referat von Kronfeld betr. die Ausbildung in der Psychotherapie. Bericht des II. allg. ärztl. Kongr. f. Psychotherapie, 1927.)

3. Begründung an Beispielen aus der Praxis.

4. Sie ist unter den derzeitigen Verhältnissen aber weder für die Ärzte, noch für die Kassen allgemein durchführbar.

5. Voraussetzung ist eine Versorgung durch nachweislich genügend geschulte Fachärzte (vgl. 2.).

6. Für den Nachweis dieser Schulung müssen Kontrollinstanzen geschaffen werden. Zweckmäßig dürfte die Begutachtung durch die örtlichen Organisationen der Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie vorgenommen werden, insoweit in der Zulassungskommission psychotherapeutisch ausreichend orientierte Fachärzte sich befinden. Auf deren Wahl hätte die Allgemeine ärzt-

liche Gesellschaft für Psychotherapie möglichst bald Einfluß zu nehmen. Vorläufig und da, wo geeignte örtliche Organisationen der Fachärzte fehlen, wäre als begutachtende Instanz die genannte Gesellschaft vorzuschlagen.

7. Zur Beratung des Durchführungsmodus sowie aller einschlägigen Fragen soll ein Ausschuß gebildet werden, der die Gründung von Ortsausschüssen veranlaßt und deren Zusammenarbeit in die Wege leitet.

8. Eine Aufklärung der Spitzenverbände der Kassen sowie eine Fühlungnahme mit den sonstigen maßgebenden Instanzen in der von Herrn Rothschild-Köln angeregten Weise gehört zu den Befugnissen der zu bestellenden Ausschüsse.

9. Als Mindestforderung für die nur durch Fachärzte zu leistende „große Psychotherapie" werden zunächst 2–3 Sitzungen in der Woche (22f der Preugo oder 400 der ADGO) für 3–6 Monate vorgeschlagen. Genehmigungsantrag ist genau zu begründen unter Angabe der Indikation und der anzuwendenden Methode mit Zeitdauer jeder Sitzung; der Antrag ist für jeden Monat erneut zu stellen.

10. Vordringlich ist eine Fühlungnahme mit den derzeit für die Kassen tätigen Vertrauensärzten und den entscheidenden Stellen der Honorarkontrollkommissionen, die für eine rationelle und allen berechtigten Interessen Rechnung tragende Regelung zu gewinnen sind. Grundsätzlich wäre Einspruch zu erheben – unterstützt durch die Allg. ärztl. Ges. f. Psychotherapie – gegen die Begutachtung der Genehmigungsanträge gründlich psychotherapeutisch geschulter Fachärzte durch ungenügend vorgebildete Vertrauensärzte (Nicht-Fachärzte oder nicht kompetente Fachärzte, z. B. Internisten, soweit sie nicht etwa im Gegensatz zum Antragsteller organische Erkrankungen bzw. fehlerhafte Diagnosen oder Indikationsstellungen nachweisen können). Eine einwandfreie Berufungsinstanz für solche Fälle wäre zu schaffen.

11. Alle einschlägigen Punkte sollen zunächst den Beratungsgegenstand eines Ausschusses bilden, um dann erst der Vollversammlung vorgelegt zu werden.

G. VORBRODT:
WAS WIRKT THERAPEUTISCH IN DER RELIGIONSPSYCHOTHERAPIE

1. Die Religionspsychotherapie setzt bei der Persönlichkeitspsychologie ein, die das zentralste Zentrum, die Persönlichkeit zum Ausgangspunkt für höhere und niedere Bezirke der Seele in Heilen und Bilden annimmt, aber besonders auch die biologisch heilsamen Einflüsse der Religiosität in das sogenannte Überich leitet.

2. Die religiöse Sphäre der Persönlichkeit konsolidiert sich infolge der Erziehung von den Jugenderlebnissen an und bildet sich durch die Bekehrungs-

erlebnisse zu Gott sowie durch die Wandlungserlebnisse in die Gemeinschaft zu einer immer selbständigeren Theozentrizität des Glaubens.

3. Die Frage nach den transzendenten, empirisch gesicherten Zusammenhängen kann hier theoretisch außer acht bleiben, jedoch wird der therapeutische Einfluß bei Einengung höherer Energien auf rein seelische Kräfte alteriert oder irrelevant.

4. Es handelt sich um vielleicht später zu klärende interkonfessionelle Aufgaben, die hier nicht geklärt zu werden brauchen, da in der Religionspsychotherapie leistungspsychologische Fragen des Seelenheilkundigen, nicht erlebnispsychologische Zuflüsse des Seelsorgers zur Erwägung stehen.

5. Bei der vom Ref. bevorzugten individualpsychologischen Einstellung kann der therapeutische Ausgangspunkt nur die Ermutigung der Persönlichkeit sein, die im Fall von Kleinmut und Hochmut zu erstreben und anzugleichen ist an die Gemeinschaft Adlers bzw. Sachlichkeit Künkels. Dogmen und Heilige Schrift sind im Sinne Schleiermachers als sekundäre Ausdrucksformen zunächst von geringerem Belang als Anschaulichkeit (z. B. der Persönlichkeit des Psychotherapeuten) sowie Motilität.

6. Wie die Religionspsychologie Methoden und biologisch heilsame Bewußtseinslagen der allgemeinen Psychologie verfolgt, so kann auch die Religionspsychotherapie profane Theorien und Ergebnisse der Therapie, das Training verwerten und verstärken.

7. Die Religionspsychotherapie kann von sich aus Stärke, aus und in Gott durch Gebet, Trost, Demut anbieten sowie Licht, dem Nächsten nach dem Willen Gottes zu dienen. Der Prozeß der Persönlichkeitsdynamik wird dadurch reguliert und damit des gesamten psychophysischen Organismus.

8. Die Religionspsychotherapie will nicht in aufdringlicher Weise vorgehen, sondern wie bei jeder echten Religionsform den Religionssinn in einer Art Persuasion von Gotteswortverkündigung direkter und indirekter Weise (Bibelsprüche, Bilder, Sprichwörter, Dichtersprüche) wecken und stärken im Vertrauen auf die Natur des Patienten und im Vertrauen auf Gott, der durch diese wirkt, aber auch als Oberarzt im Glauben anzuerkennen ist.

HARALD SCHULTZ-HENCKE:

DIE HEUTIGEN AUFGABEN DER PSYCHOTHERAPIE ALS WISSENSCHAFT

Ich übergebe die folgenden Gedankengänge der wissenschaftlichen Diskussion mit einigem Zögern. Und zwar deshalb, weil der Psychoanalytiker auch in langen Jahren naturgemäß nur eine sehr begrenzte Zahl von Fällen übersehen kann. Damit gewinnt alles Statistische, was der Analytiker vorbringt, den Charakter der Vermutung, und vermutende Abschätzungen sollten möglichst nicht zur Diskussion gestellt werden. Wenn aber im Reiche der Psychiatrie heute noch in so ausgedehntem Maße das Vorurteil überwiegender (spezifischer!) Endogenität alles Interessierenden herrscht,; wenn es bislang keine Institute gibt, die umfangreichere vergleichend-statistische Arbeiten zu leisten vermöchten, und wenn weiterhin von seiten derjenigen Kollegen, die infolge ihrer andersartigen therapeutischen Technik ein großes Material überblicken, das Entscheidende einer latenten Diskussion nicht gesagt wird, so darf der Analytiker es doch wohl wagen, seine Eindrücke über die Psychotherapie und den Felsen des Mißverständnisses, an dem sie ihm augenblicklich festzusitzen scheint, mitzuteilen.

Jeder wissenschaftliche Fortschritt wird zunächst eine Reihe von Kampfjahren zu bestehen haben, bis er auch nur qualitativ anerkannt ist. Dann wird eine Zeit kommen, in der seine Bedeutung zu allgemein genommen wird – eine weitere Form des Bekämpftwerdens. Schließlich setzt neue Differenzierung ein und damit treten Häufigkeitsfragen, d. h. statistische, in den Vordergrund. Die Psychotherapie befindet sich meines Erachtens an der Wende der zweiten zur dritten Phase. Die vorliegende Arbeit möge dazu dienen, den Übergang zu fördern.

Von alters her ist Psychotherapie getrieben worden. Man hat früh erfahren, daß seelische Einwirkung durch Wort und Geste seelisches Leiden zu mildern oder auch ganz aufzuheben vermag. Man erfuhr weiterhin, daß auch Leiden, die mit körperlichen Veränderungen einhergingen, zu beheben waren: entweder, indem einfach das subjektive Leiden fortfiel, oder indem sich sogar das Körperliche auf rein seelischem Wege zur Besserung hin änderte. Eine Fülle moralischer und weltbildlicher Überlegungen lieferte lange die theoretische Umkleidung der empirischen Feststellungen.

Schließlich änderte sich das Bild damit, daß die Hypnose aus dem Bereich blinder Skepsis und ebenso blinder Spekulation in die Sphäre exakter, nüchterner Beobachtung hineingehoben wurde. Aber auch diese Entwicklung lieferte im wesentlichen nicht mehr als die nüchterne Bloß-Feststellung, daß bestimmte seelische Verhaltungsweisen bestimmten Einfluß auf eine Reihe von

seelischen und körperlichen Leidenssymptomen haben können. Erschüttert war damit das Vorurteil einer selbstverständlich materiellen Grundlage vieler im Körperlichen lokalisierter Leiden. Gewonnen war für den Arzt wenigstens die Möglichkeit des Versuchs seelischer Einwirkung, wo die materiellen Bedingungen des Leidens unklar blieben und die Erfolge materieller Beeinflussung zweifelhaft oder unsichtbar.

Von dieser Plattform her leitete sich dann eine Fülle von Maßnahmen therapeutischer Art ab, die ihrer Absicht nach den großen Apparat der Hypnosen vermieden und sich mit kleinen Suggestionen begnügten.

Von der Erforschung der spezifischen materiellen Bedingungen der vielfachsten Leiden und den materiellen Beeinflussungsmöglichkeiten eigentlicher Art her wurden aber nun sehr wohl begründet immer neue Versuche unternommen, das Gebiet der rein seelisch bedingten Leiden, auch wenn sie von anormalen körperlichen Leiden begleitet waren, einzuschränken. Dabei hatte diese Seite der Forschung, die Untersuchung der visuell-taktilen Gegebenheiten, naturgemäß den Vorzug größerer Exaktheit für sich, denn die Kriterien für das Vorliegen rein seelischer Bedingtheit eines Leidens waren ja fast stets nur per exclusionem zu geben.

An dieser wunden Stelle zunächst der einfachen Differentialdiagnose setzte von einer ganz neuen Seite her die Psychoanalyse ein. Sie brachte Teile der Psychologie der frühen Kinderzeit, die Psychologie des Traumes und die psychologische Seite vieler Leiden in ganz neue, vorher unbekannte Zusammenhänge. Da vielen seelischen Gegebenheiten körperliche Erscheinungen – wie u. a. in den Affekterlebnissen – koordiniert sind, war sie in der Lage, auch für zunächst von der körperlichen Seite her auffallende Leidenssymptome die seelischen Bedingungszusammenhänge aufzuzeigen. Sie teilte dabei die Benachteiligtheit aller Psychologie: dem naiv Betrachtenden das Bild geringerer „Exaktheit" darzubieten. Das visuell-taktil Gegebene imponiert eben nun einmal mehr, und es ist wesentlich (entscheidend) viel leichter mitteilbar. Die zugehörigen Evidenzerlebnisse beim Aufnehmen der Erkenntnis sind häufiger und stellen sich sehr viel leichter ein. Alles selbstverständliche Dinge, aber nichts beweisend für oder gegen die einzelne Methode.

Aus den rein empirischen Feststellungen der Psychoanalyse – und den in der allgemeinen Methodik ähnlichen Abkömmlingen – ergaben sich therapeutische Konsequenzen, die zunächst notwendigerweise mit den blind-empirischen der Suggestionstherapie und denen der materiellen Forschung konkurrieren mußten. Zunächst waren diese drei Richtungen therapeutischer Wissenschaft sogar so weit voneinander entfernt, daß die Kapazität einzelner Menschen, noch so kluger und weitgreifender Forscher nicht ausreichte, auch nur die Möglichkeit der Vereinbarkeit der verschiedenen Ergebnisse vorstellbar er-

scheinen zu lassen. Man bewegte sich zunächst fast nur in Alternativen, meinte es wenigstens zu tun, obgleich ja die verschiedenen wissenschaftlichen Behauptungen eigentlich inkommensurable Größen waren. Denn die gleichen seelischen oder körperlichen Erscheinungen wurden einmal auf materielle Vorgänge bezogen (von denen aber nicht bekannt war, welchen seelischen sie etwa koordiniert wären) oder auf suggestive Maßnahmen, oder auf rein seelische Zusammenhänge.

Allmählich aber, besonders in den allerletzten Jahren, klärte sich die Lage insofern, als nun die Vertreter der einzelnen Forschungsrichtungen deutlichere Kenntnis von den konkurrierenden Ergebnissen erhielten und in diesen wechselseitig wenigstens etwas Wahres zu vermuten lernten.

Schließlich fanden sich die Vertreter seelischer Beeinflussungsmethoden, zum Teil aus Standesgründen, aber sicher auch sehr wesentlich aus wissenschaftlicher Überzeugung und Forschungsdrang zu gemeinsamer Aussprache zusammen. Vertreter der materiellen Forschungsrichtung gesellten sich hinzu, getrieben von dem Bedürfnis, ebenfalls überall da wenigstens den Versuch seelischer Erklärung und Behandlung zu machen, wo sie selbst offensichtlich bisher über die materiellen Bedingungen eines Leidens im unklaren geblieben waren.

So ergab sich zunächst das erfreuliche Bild gegenseitiger Duldung und des lebhaften Bemühens, den anderen zu verstehen. Aber dieses Bild erhielt bald eine merkwürdig liberalistische Färbung. Es wurde nämlich dieses Zusammengehen der Forschenden so verstanden, als sei es der Ausdruck der einfachen Tatsache: ganz allgemein hätten eben hinsichtlich der in Betracht kommenden seelischen und körperlichen Leiden alle drei Parteien in gleicher Weise recht. Und es ergab sich eine optimistische Stimmung, so als würden sich die verschiedenen Meinungen nach Geschmack und Neigung etwa in Kompromißform „vereinigen" lassen, so als würde sich hinsichtlich der psychologischen Tatbestände eine Einigung (= Mittelwert) erzielen lassen und als würden die verschiedenen Maßnahmen schließlich als ungefähr gleichwertig der nachfolgenden lernenden Generation überliefert werden können.

Diese Form eines allgemeinen liberalen Optimismus war aber ohne Zweifel verfrüht. Diese unklare, wenn auch menschlich erfreuliche Situation mußte bald Zeichen des Kränkelns aufweisen. Entgegen der stimmunghaften Einschätzung entbehrten die an sich sehr erwünschten freundlichen Beziehungen der verschiedenen Therapeuten untereinander einer sachlich völlig gerechtfertigten Grundlage und es mußte sich naturgemäß bald zeigen, daß die Praktiker, wenn es sich um den Einzelfall handelte, sofort hart auf hart stießen. Und zwar im Gegensatz zu den scheinbar alles wohl vereinigenden Theoretikern, denen mehr an einer umfassenden wissenschaftlichen Neben-

einanderstellung der verschiedenen mehr oder weniger evidenten Auffassungen lag, als an einer Erprobung der therapeutischen Methode im praktischen Handeln; denen es also mehr auf das Wissen ankam als auf das Heilen. Und das Wissen hat leicht einen Zug minderer Verantwortlichkeit.

Ist diese Kennzeichnung der Lage zutreffend, so steht zu erwarten, daß die Praktiker, sofern sie geradlinig, klar, wissend, ihrer Zwecke und Mittel bewußt, heilen wollen, das bisher erfolgte liberale Zusammenfließen der Meinungen stören und die organisatorische Zusammenfassung der Therapeuten verschiedener Richtung sprengen werden. Soll das aber nicht geschehen, oder die ganze Bewegung des Zusammenschlusses in bloßem dumpfem Meinen untergehen, so wird es notwendig sein, nachdem nun die gröbsten Schranken gefallen sind, sich noch einmal ruhig auf das bisher tatsächlich Erreichte zu besinnen:

Ohne Zweifel gibt es psychisches Leiden und anormales körperliches Geschehen, das durch suggestive Einwirkung geheilt werden kann. Man kennt die Maßnahmen und man kennt das Faktum der Erfolge. Eine Physiologie oder gar Psychologie dieser Vorgänge, die auch nur in den Grundlinien wirklich fundiert und bekannt wären, gibt es aber nicht. Die Heilerfolge betreffen unbestritten nach allgemeiner Anschauung alle diejenigen Symptome, für die die materielle Forschung vom Seelischen unabhängige spezifische Bedingungen bisher nicht hat nachweisen können.

Ohne Zweifel schreitet andererseits die materielle Forschung in der Auffindung spezifischer, nicht-seelischer Bedingungen der gleichen Symptomenwelt weiter fort. Bisher als reinseelisch aufgefaßte Erkrankungen erwiesen sich als falsch beurteilt. Dennoch ließen sich aber allgemeine Kriterien für die Differentialdiagnose des Seelischnervösen noch nicht ableiten. Ja, von der Seite rein psychologischer Forschung her wird ebenfalls vorgeschritten, und zwar zur Eroberung immer neuer Einzelfälle für das Gebiet rein oder vorwiegend seelisch bedingter Erkrankungen. Aber auch hier gibt es bisher keine allgemeinen Kriterien für die Differentialdiagnose. Prinzipielle Feststellungen sind daher völlig verfrüht, eine entsprechende Polemik entbehrt jeder sachlichen Grundlage. Entschieden kann nur im Einzelfall werden, und zwar per exclusionem, vermutungsweise, eventuell mit gewisser Wahrscheinlichkeit auf Grund des therapeutischen Erfolges. Die Fragwürdigkeit diffiziler organischer Befunde kommt der Fragwürdigkeit reinseelischer Feststellungen ungefähr gleich. Leider gibt auch hier die äußere Symptomatik der in Betracht kommenden Streitfälle keine Handhaben zur Entscheidung.

Weiterhin hat nun die Psychoanalyse (in ursprünglicher oder modifizierter Art) die Psychologie seelischer Leidenssymptome (und häufig körperlicher Korrelate) so weit entwickelt, daß ihr ohne Zweifel die Mittel an die Hand

gegeben sind, Heilungserfolge hinsichtlich sämtlicher in Betracht kommender Symptome auf rein seelischem Wege zu erzielen. Und zwar unterscheidet sich dieser Weg in voller Klarheit von allen Maßnahmen, bei denen das suggestive Bemühen sich als Suggestion direkt gegen die Leidenssymptome richtet. Die Psychoanalyse als therapeutisches Mittel richtet sich stets auf Grund psychologischer Strukturerkenntnisse gegen den Aufbau einer Persönlichkeit, der Fortfall der Symptome ist nie das Resultat einer Suggestion gegen die Symptome selbst.

Dennoch sind, und das wurde auch von seiten der Psychoanalyse immer wieder betont, sämtliche Symptomarten auch durch suggestive Maßnahmen grundsätzlich zu heilen. Und obgleich man die Zwangsneurose als Symptombild wohl nur hin und wieder auch durch materielle Therapie grundsätzlich für angehbar hält, widerspricht es nicht den psychoanalytischen Überzeugungen, daß die Heilbarkeit sämtlicher Symptomarten, die hier in Frage stehen, auch auf materiellem Wege denkbar sei.

Wir haben also auf psychotherapeutischem Gebiet heute mit folgender, nicht ohne weiteres als optimistisch anzusehender Lage zu rechnen:

Obgleich sämtliche Symptomarten von jeder therapeutischen Methode her grundsätzlich mit Erfolg angehbar sind, folgt aus dieser Tatsache nicht, daß auch die rein wissenschaftlichen Überzeugungen über den Gegenstand der Bemühungen, nämlich die psychophysische Persönlichkeit, gleichwertig sind. Treiben wir also Seinswissenschaft, so liegt vorläufig zu einem Optimismus der Vereinbarkeit der Anschauungen kein Grund vor. Denn die eine der Disziplinen ist eine psychologische (Psychoanalyse), die andere eine organische (interne Medizin), die dritte eine technische (Suggestionstherapie). Wie diese drei Disziplinen aufeinander bezogen werden müssen, damit erklärlich wird, und zwar für alle drei verbindlich, warum sie alle drei alle Symptomenarten grundsätzlich zu heilen imstande sind, ist Aufgabe, noch lange nicht auch nur irgendwie gefestigtes Resultat. An eine Einigung der verschiedenen Disziplinen ist vorläufig anders als durch eine Stimmung des Wohlwollens gar nicht zu denken.

Die Lage wäre sehr viel einfacher, wenn nicht Stücke von Psychologie auch in der technischen und organischen Disziplin für den therapeutischen Aufbau mitverwendet würden. Weiterhin, wenn sich die technische Disziplin ihres spezifischen unpsychologischen Charakters (abgesehen eben von der Technik des Beeinflussens) stets bewußt wäre. Und ferner, wenn die psychologische Disziplin, also die Psychoanalyse, sich stets des Charakters und der Grenzen ihrer Erkenntnisse bewußt wäre: z. B. der Tatsache, daß aus der Richtigkeit psychologischer Feststellung, wenn diese mit besonderer Methode gewonnen worden ist, zunächst nichts über den alleinigen oder

vorzugsweisen Wert der gleichen Methode als therapeutischen Mittels folgt.

Sinn der erfreulichen Zusammenfassung aller um Wissen und therapeutische Kunst Bemühten kann also noch nicht eine Einigung sein. Sinn einer psychotherapeutischen Lehre kann also nicht sein, den Anschein zu erwecken, als seien endlich drei wissenschaftliche Disziplinen gleichwertig zusammengefaßt. Feststeht fast als einzige als Wissenschaft zu bewertende Tatsache, daß alle drei Disziplinen trotz durchaus verschiedener therapeutischer Maßnahmen das Gleiche zu heilen imstande sind. Grund genug für die Vertreter der verschiedenen Richtungen, noch viel mehr als bisher sich um Resultat, Meinung und Arbeitsweise der anderen wechselseitig mit größtem Wohlwollen zu kümmern.

Die selbstverständliche weitere Konsequenz wäre daher eigentlich, daß von den verschiedenen Vertretern identisches Material bearbeitet würde. Wie groß die Schwierigkeiten hier sind, weiß jeder einigermaßen Sachkundige. Aber unüberwindlich sind die Schwierigkeiten zweifellos von dem Augenblick an nicht mehr, in dem wenigstens an dem einen Punkt sich der Optimismus so weit realisiert, daß er anerkennt: die grundsätzliche Frage der therapeutischen Wirksamkeit aller Methoden steht nicht mehr in Frage; und – was als Voraussetzung nicht ausdrücklich genug betont werden kann –: unter den verschiedenen Methoden sind wirklich die spezifisch verschiedenen Maßnahmen gemeint. Nicht etwa ist für die liberale gegenseitige Anerkennung die reservatio mentalis die Voraussetzung: ach, die Wirkung der Medikamente ist ja bloß suggestiv, die Psychoanalyse suggeriert ja auch nur gegen die Symptome, es ist ja doch bloß alles Suggestion mit aller ihrer ungelösten Rätselhaftigkeit.

Eigentlich also müßte identisches Material gemeinsam vergleichend bearbeitet werden; praktisch aber wird man sich mit Gleichem, oder wie auf dem Gebiet des Lebendigen selbstverständlich, auch nur annähernd Gleichem begnügen müssen. Was würde aber hinsichtlich der prinzipiellen Fragestellung nach der Vereinbarkeit der verschiedenen Disziplinen bei dieser Art Zusammenarbeit herauskommen? Sehr wahrscheinlich nur die immer weiter gesteigerte Überzeugung von der prinzipiellen Möglichkeit therapeutischer Erfolge auf allen Seiten. Denn, daß die interne Medizin mit der materiellen Beeinflussung (von ihr) als reinseelisch vermuteter Leiden nachhinken wird, liegt nicht an prinzipiellen Schwierigkeiten, sondern an der bisherigen geringen Fülle ihrer Erfahrungen; sie hatte bisher genug mit der materiellen Beeinflussung als „spezifisch organisch" erkannter Leiden und sehr viel weniger mit zweifelhaften Fällen zu tun.

Das Resultat dieser Art von vergleichender Wissenschaft würde also durchaus positiv zu bewerten, aber doch unbefriedigend sein.

An dieser Stelle kann unseres Erachtens die Psychoanalyse mit weiterer Förderung, zunächst der Problemstellung, einsetzen.

Als Erstes: Darf sie trotz allen Wohlwollens den Psychotherapeuten anderer technischer Richtung gegenüber nicht den Schein aufkommen lassen, als ließen sich aus der Tatsache bloßer Heilerfolge irgend welche weitere Konsequenzen wissenschaftlicher Art ableiten. Sie muß, weil sie es darf, strikte erklären, daß sie eine Psychologie der Neurosen besitzt und nicht die interne Medizin, nicht die suggestiv-therapeutische. Handelt es sich also um den gemeinsamen Gegenstand aller Psychotherapeuten, den psychologischen Gegenstand: kranke menschliche Persönlichkeit, (nachdem die interne Medizin da differentialdiagnostisch ihr Wort gesprochen hat, wo sie es fundiert, ohne petitio principii, darf), so ist die seinswissenschaftliche Frage nur: hat die Psychoanalyse mit ihren Behauptungen recht? Nicht ist die Frage: Wer hat überhaupt recht? Die Psychoanalyse allein (in scheinbarer Konkurrenz mit der Individualpsychologie natürlich z. B.) stellte überhaupt psychologische Behauptungen auf. Es wäre eine Verschleierung der wissenschaftlichen Lage, allgemeine Fragen statt dieser speziellen aufzuwerfen. Die Psychoanalyse ist das selbstverständliche seinwissenschaftliche Grundthema der Psychotherapie.

Aber: wenn auch die Lage der Psychotherapie so ist, daß innerhalb ihrer die Psychoanalyse allein eine Psychologie der seelischen Erkrankungen besitzt und wenn sie weiterhin so ist, daß dennoch in ihr alle Disziplinen sämtliche Symptomarten zu heilen vermögen –, so darf eine aus persönlicher langjähriger Erfahrung stammende Auffassung vielleicht doch noch eine weitere Möglichkeit gemeinsamer Forschung als Beitrag liefern.

Es ist verständlich, daß die Psychoanalyse, an ihrer Spitze Freud selbst, um unnötige Kontroversen zu vermeiden, von vornherein und bisher unwiderrufen erklärte, andere Methoden hätten auch Heilerfolge. Es ist verständlich, daß man so, mit anderen praktischen und theoretischen Aufgaben überhäuft, jenem heute hervortretenden liberalen Optimismus mit jener allgemeinen Feststellung Vorschub leistete. Dennoch wird sich im weiteren Verlaufe der Forschung erweisen, daß es sich hier mehr um ein bereitwilliges Zugeständnis als um das Resultat genauer Nachprüfung handelt. Meines Erachtens liegen die Dinge im teilweisen Gegensatz zur obigen Meinung so:

Zwar können sämtliche, insbesondere auch die suggestiven Methoden, sämtliche Symptom**arten** heilen, aber es ist damit **nicht** gesagt, daß sie auch sämtliche Fälle zur Heilung bringen können. Die Art[1]) der Symptome ist kein Kriterium für die Anwendbarkeit oder die Grenzen einer Methode.

---

[1]) Noch viel weniger natürlich deren mehr oder weniger lärmender Charakter.

Damit, d. h. wenn diese Feststellung zu Recht besteht, ist die Situation der Psychoanalyse innerhalb der Psychotherapie noch einmal verschoben. Nicht nur ist seinswissenschaftliche Aufgabe der Psychotherapie die gemeinsame Nachprüfung der psychoanalytischen Behauptungen über den Gegenstand des therapeutischen Bemühens – (abgesehen von der eventuellen methodologischen Kritik an der Psychoanalyse) – sondern: die Psychoanalyse darf auch in therapeutisch-praktischer Hinsicht den Anspruch erheben, **bestimmte** Fälle (mit jeder möglichen Symptomatik) **allein** heilen zu können.

Woran hierbei gedacht ist, muß nun weiter erläutert werden.

Sogleich ist aber daran zu denken, daß diese Feststellung insofern auch eine seinswissenschaftliche Bedeutung hat, als ja jene allgemeine Feststellung der Fähigkeit aller Disziplinen, zu heilen, es so schwer machte, nun damit die Verschiedenartigkeit der theoretischen Meinungen zur Deckung zu bringen. Hier würde also ein Ansatzpunkt dafür liegen, herauszufinden, worin sich trotz scheinbarer therapeutischer Gleichwertigkeit der Disziplinen die Gewichtigkeit ihrer wirksamen Momente unterscheidet.

Rollen wir nun die Frage nach der Verschiedenartigkeit der Fälle in psychologischer Hinsicht – zunächst durch therapeutische Differenzen aufmerksam geworden – auf, so ergibt sich sehr bald ein weites Gebiet schwieriger seinswissenschaftlicher Fragestellungen.

Vermeinen wir eine Pneumonie mit Hilfe eines Medikamentes zu „heilen", so wissen wir bei einigem Niveau kritischer Selbstbesinnung, daß wir zwar nichts möglicherweise Wirksames um des Patienten willen unterlassen werden und dürfen, daß wir aber beim praktischen Handeln die wissenschaftliche Forderung leider außer acht lassen müssen: eigentlich an der Statistik der spontanen Heilung zu messen. Wir unterlassen es sogar, wohl bis auf ganz geringe Ausnahmen, was von Etappe zu Etappe des wissenschaftlichen Fortschreitens sehr wichtig wäre: mit immer neuen Untersuchungsmitteln die Häufigkeit und die Art dieser spontanen Heilungen zu überprüfen. Es konkurriert da einsinnig das menschliche Interesse, wenn irgend möglich zu heilen, mit dem wissenschaftlichen.

Genau in der gleichen Lage befinden wir uns auf dem Gebiete der Psychotherapie. Wir dürfen das um so weniger je vergessen, als sich ja, wie oben gezeigt wurde, hier alles noch in der Schwebe befindet. Wenn die Medizin hinsichtlich des theoretisch Notwendigen noch so sehr in den Kinderschuhen steckt – und das ist einer aufs Praktische gerichteten Wissenschaft des Lebendigen keinesfalls als Schande anzurechnen – so ist das bei der Psychotherapie verdreifacht der Fall. Auszugehen von den spontanen Heilungen der Neurose, die es ohne Zweifel häufig gibt (zu bestreiten wäre das wieder nur durch Anwendung tendenziöser Definitionen), wäre also die unabweisbare Forderung

exakter psychotherapeutischer Wissenschaft. Und wenn wir aus durchaus zulässigen Gründen in der Regel diese Forderung nicht erfüllen können, so muß dieser Zusammenhang doch stets den virtuellen maßstäblichen Hintergrund für jede vergleichende Wissenschaft von der therapeutischen Wirksamkeit der verschiedenen Maßnahmen abgeben. Erst auf dem Hintergrunde einer Vorstellung von den strukturellen und genetischen Abläufen psychologischer Art hinsichtlich spontaner Heilung ist ein ernsthaftes Abwägen psychologischer Meinungsverschiedenheit überhaupt möglich. Was auf psychotherapeutischem Gebiet also erreicht werden muß, ist eine deutliche Vorstellung davon, was die Psychoanalyse hierüber zu sagen hat. Und das Ergebnis dieser Überlegungen erst würde dem etwa entsprechen, was man über Erreger, Inkubation, Krise und pathologische Anatomie der Pneumonie heute schon weiß. Alle Beurteilungen therapeutischer Eingriffe bei dieser Erkrankung müssen ja selbstverständlich auf jene zunächst eruierten Befunde bezogen werden.

Daß die Psychoanalyse historisch diesen Weg nicht ging, hat seine Gründe darin, daß man beginnen muß, zu forschen, wo der geringste Widerstand liegt. Es handelt sich hier und heute aber nicht mehr um Ansatz und Beginn, sondern um Vergleich, Fortsetzung und Sammlung.

Es wird sich zeigen lassen, daß die spontanen Heilungen der Neurosen zunächst einmal durch ihren akuten oder chronischen Heilungsverlauf unterschieden werden können; und zwar, um mit den chronischen zu beginnen, daß das Abblassen bestimmter Ängste und Schuldrelikte aus der Kinderzeit[1]) oder (und) vielfache Resignationen oder (und) die Erwerbung bestimmter Realkenntnisse diesen chronischen Heilungsverlauf im wesentlichen und normalpsychologisch ausreichend verständlich ermöglichen. Man wird, wenn man diese Zusammenhänge einmal überblickt, infolge der normalpsychologischen, in den Elementen sehr einfachen Evidenz, gar nicht mehr das Bedürfnis fühlen, noch andere, bisher unbekannte, rätselhafte Faktoren für das spontane Verschwinden der Symptome verantwortlich zu machen. In den akuten Heilungsfällen wird man stets Änderungen in der äußeren Lebenslage, im Lebensraum, des Patienten finden, deren affektive Bedeutung man bisher unterschätzte; zum Teil weil man diese Änderungen auf dem üblichen Wege der Exploration nicht erfuhr, zum Teil weil die Intensitätsrelationen der bestimmenden Affektbeziehungen zu den Einzelheiten des Lebensraumes unbekannt waren. Es ist hier nicht der Ort, darauf einzugehen, weshalb diese bisher unbekannt blieben; jedenfalls ist die Erstaunlichkeit dieser Unwissenheit durch all die vergangenen wissenschaftlichen Jahrhunderte hindurch kein Gegenargument, so einleuchtend es erscheinen mag, da auch dafür die historischen Gründe aufzeigbar sind.

[1]) Daß dieser Vorgang in der Therapie identisch ist mit dem Zunächst-Bewußtwerden bisher ubw. Gegebenheiten, ist wohl selbstverständlich.

Hat man nun einmal die eben behaupteten Zusammenhänge als gültige Voraussetzung weiterer vergleichender Forschung anerkannt; hat man anerkannt, daß entweder das Abblassen und Verschwinden von aus der Kinderzeit kommenden Angst- und Schuldgefühlen oder (und) das Verzichten auf mancherlei Illusionen oder (und) neue Realerfahrungen oder schließlich bestimmte Änderungen im Lebensraum die spontane Heilung – und zwar allein – bewirken können – so wird man weiteren Überlegungen zugänglich sein.

Es gibt eine Reihe von Fällen, deren Zahl nach Art der Praxis schwankt (nach Stadt- und Landpraxis, oder auch nach Gutachter- und sonstiger Praxis), aber vielleicht 10% aller Fälle ausmacht, die eigentlich zu jenen Fällen mit voraussichtlich spontaner Heilung gehören. Sie sind bei Beginn der Behandlung bereits in der spontanen Heilung begriffen und suggestive Hilfen, oder auch einmal medikamentöse (spezifisch)[1], können zu einer wesentlichen Beschleunigung des Prozesses beitragen. Besonders wird es sich hier um Fälle handeln, die durch akute Veränderungen in ihrem Lebensraum schwer erschüttert, eine Neurose produzieren. Dabei haben sie dann vorher nie neurotische Symptome aufgewiesen, haben ein durchschnittlich normales Charakterleben geführt und die Veränderungen bedingender Art im Lebensraum werden rückgängig gemacht oder sind von verhältnismäßig geringer affektiver Bedeutung. Außerdem kommt noch einem Faktor dabei eine wesentliche Bedeutung zu, den man: seelisches Beharrungsvermögen nennen könnte[2]). Ausgestandene Angst z. B. pflegt nachzuklingen, auch dann, wenn der Anlaß längst verschwunden ist. Übrigens kann ein ähnlicher Faktor wie dieses Beharrungsvermögen, nämlich das spontane Nachlassen seelischer Intensität auch bei unveränderten sonstigen Bedingungen ein wesentlicher mitbedingender Faktor bei allen spontanen Heilungsabläufen sein.

Diese eben näher charakterisierten Fälle sind es, bei denen die Suggestivtherapie sehr gute Erfolge haben muß, eine rite durchgeführte Analyse aber, je akuter Entstehung und spontane Heilungstendenz sind, zunächst gar keine auffälligen. Es bliebe hier also z. B. die Frage zu diskutieren, unter welchen besonderen Bedingungen und in welcher Häufigkeit im Falle spontaner Heilung ein Wiederauftreten der Erkrankung zu erwarten wäre; weiterhin dann, ob es das Maß an Geld- und Zeitaufwand lohne, durch eine Psychoanalyse die Möglichkeit eines Wiederauftretens der Symptome zu beseitigen. Wobei wiederum diejenigen Fälle auszuschließen wären, in denen offensichtlich eine ganz außergewöhnliche Schicksalsbelastung das Movens war. Alles Fragen, für deren Beantwortung eine vergleichende psychotherapeutische Forschung einst die Kriterien wird liefern können. In der Hauptsache erweist sich hier

[1]) Der Gegensatz hierzu wäre das Medikament als Suggestivmittel.
[2]) Hierher gehört auch die Lehre vom bedingten Reflex.

aber schon mit aller Deutlichkeit die Lehre von der allgemeinen Gleichwertigkeit der therapeutischen Maßnahmen als unzutreffend. Und mit dieser Aufhebung eines Hauptargumentes fällt auch das Vorurteil: die zunächst oberflächlich beobachtete Heilfähigkeit der verschiedenen Maßnahmen sei Beweis für die Gleichwertigkeit der seinswissenschaftlichen Feststellungen in den verschiedenen Disziplinen.

Behauptet wäre, daß sich so in einer Linie, vorbehaltlich aller strukturellen und genetischen Psychologie, die der tatsächlichen Kompliziertheit der Erscheinungen dann erst gerecht wird, zunächst erklärt, weshalb die verschiedenen therapeutischen Techniken miteinander konkurrieren können, – wenn man eben nur die Art der Symptome berücksichtigt. Nichts ist damit vorläufig darüber ausgesagt, ob nicht eine Modifikation der analytischen Technik nun wiederum mit jenen nichtanalytischen noch erfolgreicher konkurrieren könnte. Eben, wenn auch von seiten der Psychoanalyse die völlige therapeutische Bedeutungsverschiedenheit von Fällen gleicher Symptomatik erkannt würde. Schätzt man die Zahl derjenigen Fälle, die in solcher, immer noch recht mannigfaltigen Weise unter gewissen Bedingungen auch ohne jede Hilfe zu Heilung neigen, wie oben gesagt, auf etwa 10% ein, so ergibt sich für die Anwendung der ohne psychoanalytische Erforschung arbeitenden therapeutischen Methoden bereits ein erfreuliches Bild. Auch so bereits würde die Psychotherapie, trotz quasi blinder Anwendung wohl dem tatsächlichen Erfolgswert der übrigen Medizin gleichzusetzen sein, sobald man den Faktor: spontane Heilungstendenz, wie man es ja immer hätte tun müssen, für die gesamte Medizin gleichsetzt. Nur so ist überhaupt eine Bewertung möglich; denn man vergleiche nur einmal den Wirkungswert ärztlicher Maßnahmen in Fällen von Fraktur im Verhältnis zur dort gut abschätzbaren Spontanheilungstendenz mit dem so eruierten Wirkungswert psychotherapeutischer Maßnahmen überhaupt. Es ist anzunehmen, daß dieser Gedankengang zeigt, wie sinnlos es wäre, die Heilerfolge der Psychotherapie mit denen der übrigen Medizin ohne weitere kritische Überlegungen und Einschränkungen zu vergleichen. Hier wurde nun außerdem im Ansatz der Versuch gemacht, die gleichen Gedankengänge für den Vergleich der verschiedenen psychotherapeutischen Disziplinen fruchtbar zu machen.

Wir können nun aber noch einen Schritt weiter gehen. Die heute bereits mögliche Differenzierung der Fälle von Neurose, abgesehen von der Art der Symptome, ist damit wohl nicht erschöpft. Wir werden vielmehr eine weitere in therapeutischer Hinsicht bedeutsame Gruppe ausscheiden können: die im wesentlichen genital gestörten Fälle. Auch diese können sämtliche Symptomarten aufweisen. Das heißt, die Quelle der Symptomenbildung entspringt ihrem (im strengen Sinn) sexuellen Leben. Es ist hier wiederum nicht möglich,

für diejenigen, denen diese Dinge nicht geläufig sind, die Struktur – z. B. eines Falles genitaler Störung mit Zwangssymptomen nichtsexuell-sadistischen[1]) Inhaltes darzustellen. Aber man wird sich wohl heute überall in Annäherung so etwas vorstellen können.

Gehört ein solcher Fall nun in die Gruppe jener Spontanheilungsfälle, so gilt für ihn das dort Gesagte. Aber auch dann, wenn das nicht der Fall ist, wenn Lebensraum, Größe der Erfahrungslosigkeit, Tiefe der Angst- und Schuldrelikte, Größe der sekundären Krankheitsgewinne unter gewöhnlichen Umständen eine Spontanheilung ausschließen würden, wenn der Betreffende in sein inneres und (oder) äußeres Schicksal zu schwer verstrickt ist, auch dann wird heute der Nichtanalytiker z. B. auf suggestivem Wege Heilerfolge erzielen können. Allerdings bereits sehr viel schwerer, seltener und in Zeiträumen, die sich denen für die rite Analyse bekannten stark annähern. Ist auch diese Feststellung richtig, so wird damit wieder eine Erklärung für die scheinbare Gleichwertigkeit der therapeutischen Disziplinen gegeben. Schätzen wir die Zahl dieser „genitalen" Fälle rund auf 10% ein, so haben wir bereits 20% der Fälle, die hinsichtlich des Verschwindens der Symptome, soweit man von der Oberfläche her sieht, mit nichtanalytischen Methoden erfolgreich angegangen werden. Aber es ist nun zu dieser zweiten Gruppe von Fällen noch mehr zu sagen. Es hat doch sehr den Anschein, als habe hier bereits die Lehre der Psychoanalyse eine wesentliche Hilfe geleistet. Freuds Begriff der Sexualität ist immer wieder mißverstanden worden, nämlich im Sinn der landläufigen Beziehung auf das Genitale und seine körperliche und seelische engste Umgebung. Dagegen ist hier noch einmal ausdrücklich zu betonen, daß Freud durch die spezielle Darstellung seiner Befunde im Gegensatz zu jener Wortübersetzung seinen Begriff der Sexualität neu definiert; d. h. er verwendet ihn im erweiterten Sinn[2]). Dieses Mißverstehen also, zusammen mit dem teilweisen Rechtverstehen hat offenbar bewirkt – begleitet von der außerordentlich freiheitlichen kulturellen Entwicklung auf genital-sexuellem Gebiet –, daß ein Psychotherapeut heute wohl nur einen Teil der genitalen Fälle übersehen wird, und wo er es tut, wird ihn jenes Mißverstehen wohl trotzdem bei seinem Bemühen mitbestimmen. Es hat den Anschein, als ob ein suggestives Vorgehen heute immer häufiger unter Benutzung von wenigstens vagen psychoanalytischen Vorstellungen erfolgt. Und wenn der Praktiker einmal begonnen hat, das Hineinspielen eigentlich sexueller Zusammenhänge wenigstens für denkbar zu halten, so wird ihn derjenige Patient, bei dem tatsäch-

---

[1]) Also zwar sadistisch, aber nicht genital-sexuell.

[2]) Siehe dazu Hartmann: Die Grundlagen der Psychoanalyse, Georg Thieme, Leipzig 1927.

lich eine entsprechende Erkrankung vorliegt, durch Widerstand oder Bekenntnis schon führen. Die tatsächliche Ergänzung des früher isoliert üblichen suggestiven oder medikamentösen Verfahrens durch psychoanalytische Teilerkenntnisse ist also hier vermutungsweise der Motor für alle Heilungen, bei denen es sich um die Beseitigung vorwiegend gröberer genitaler Hemmungen handelt. Damit hätte sich also das Gebiet der nun verständlichen therapeutischen Erfolgsmöglichkeit (hinsichtlich der Frage des scheinbaren Widerspruchs zwischen Theorie und Praxis) wieder um vielleicht 10 % der Fälle erweitert. Und eine Praxis mit 20 % offensichtlich durch Therapie geheilter Fälle ist schon recht respektabel; das therapeutische und dann wissenschaftliche Selbstbewußtsein des Arztes erklärlich.

So also konnte unseres Erachtens vom äußeren Anschein her die Meinung entstehen, man dürfe die verschiedenen therapeutischen Richtungen als gleichwertig annehmen und ihnen auch weiterhin gleichgewichtige seins-wissenschaftliche und theoretische Grundlagen supponieren. Und wenn nun ein hierauf gegründeter wohlwollender Optimismus zur Diskussion (unter den Praktikern wenigstens) führte, so mußten sich die alten Differenzen sehr bald nur wenig verändert wieder auftun.

Trifft nun obige Darstellung den wahren Tatbestand, so ist ja die Behauptung mitgesetzt, daß fast 80 % aller Neurosenfälle bei Anwendung nichtanalytischer Methoden ungeheilt bleiben müssen. In diesen wären naturgemäß alle die chronisch in häufigeren Einzelschüben verlaufenden miteinbegriffen. Bei ihnen würde es sich exquisit um Fälle *ohne* spontane Heilungstendenz handeln, denen gegenüber alle suggestiven Methoden versagen müssen; will man sich nicht mit ganz augenblicklichen Erfolgen begnügen. In ihnen kann nur ein Gesamtumbau der Persönlichkeit die gesunde Anpassung an den vorhandenen mittleren Lebensraum bewirken. Daß die Individualpsychologie hier zunächst ein gutes Stück weit zu helfen vermag, liegt daran, daß sie tatsächlich entgegen der Überzeugung wohl der meisten ihrer Vertreter einen Ausschnitt aus der Psychoanalyse darstellt. Weiterhin verteilt sie die Gewichte etwas anders als die Psychoanalyse und leider differiert sie in der *terminologischen* Verarbeitung dieser größeren Enge und andersartigen Gewichtsverteilung so sehr von der Psychoanalyse, daß Lernende und Lehrende über die Mauer der Begriffsbildung, der Definitionen, hinweg die gleichen Inhalte in der Psychoanalyse nicht mehr zu sehen vermögen. Man sieht nicht mehr, daß die Individualpsychologie einen, z. T. nach *normativen* Gesichtspunkten gewählten Ausschnitt aus der Psychoanalyse darstellt. Bei näherem Hinsehen wird man sich u. a. immer wieder überzeugen können, daß sie zwar, genau entsprechend der Psychoanalyse, anzugeben weiß, was ein Patient mit einem Zwangssymptom angefangen hat (final), nachdem es einmal da war; aber sie

wird versagen, wenn man sie nach der Herkunft der Qualität der Zwangsinhalte fragt.

Was die Individualpsychologen dagegen offenbar in glücklicher Weise besonders gut beherrschen, ist die Erkennung der sekundären Krankheitsgewinne (wie die Psychoanalyse diesen Tatbestand bezeichnet). Und es wird weiterer vergleichender Forschung vorbehalten bleiben, festzustellen, welches Gewicht sekundäre Nebengewinne und sekundäre Ängste, infolge einer sekundären Atrophie oft der banalsten Lebenstechniken, tatsächlich in der Psychologie der Neurosen haben.

Wird man über den Heilungserfolg von jenen oben näher charakterisierten 20% hinausgehen wollen, so wird man, so mühselig und belastend das auch sein mag, mit Hilfe der Psychoanalyse erkennen und heilen müssen. Es war von deren Seite zu bescheiden, sich, abgesehen vom Gesichtspunkt einer erkennenden Psychologie, als nur eine auch mögliche weitere therapeutische Methode anzubieten. Wird es einmal allgemein geläufig sein, in jedem Fall zunächst die Spontanheiltendenz und dann die genital-sexuelle Bedingtheit auszuschließen, so wird man unseres Erachtens erfahren, daß an dem großen Rest gesiebter Fälle dann alle psychotherapeutischen Methoden außer der psychoanalytischen grundsätzlich versagen; man wird dann auch wissen, weshalb sie versagen müssen. Und man wird nicht nur anerkennen, daß die Psychoanalyse allein eine genetische und strukturelle Psychologie der Neurosen bietet, sofern man sich nicht ganz unnötigerweise in rein terminologische oder abstrakt resümierende Kontroversen verliert, sondern sich dieser Psychologie auch bedienen müssen, um weiterzukommen; ganz gleich, wie weit man Jahrzehnt nach Jahrzehnt gelangt. Die offene Bescheidenheit der Psychoanalytiker hatte hier der Klärung der Tatsachenfragen zunächst einmal für einige Zeit einen Riegel vorgeschoben. Es ist zu hoffen, daß die das Problem der Psychotherapie wirklich treffende Fragestellung nun weiterhin in den Mittelpunkt der Diskussion rücken wird. Man hat es nicht mehr nötig, einander abzulehnen, man hat es nicht einmal mehr nötig, mit einem Zuge wohlwollender Höflichkeit die Auchwertigkeit der „gegnerischen" therapeutischen Methode zu bestätigen. Alle diese Fragen sind geklärt. Aber – man steht damit vor neuen, sehr schwierigen Aufgaben. Besteht die obige Darstellung auch nur einigermaßen[1]) zu Recht, so wird die Psychotherapie die Hoffnung aufgeben müssen, irgend wann einmal „Gleichberechtigungen" allgemeiner Art, besonders im seinswissenschaftlichen Sinn, feststellen zu dürfen. Sie wird also entschlossen eine vergleichende genetisch-struktuelle Psychologie aufbauen müssen. Also wird auch der

[1]) Mögen sich im ersten Fall 20%, im zweiten auch 20% ergeben, so bleiben immer noch 60% aller Neurosen ohne ausreichende spontane Heilungstendenz!

Suggestivtherapeut, der sich nicht mit dem Auch-Heilen-können wie hier behauptet mit einer Begrenzung auf jene 20 (eigentlich 10) ersten Prozent, begnügen will, die Psychoanalyse als Seinswissenschaft und als Methode erlernen müssen[1]). Und in der gleichen Lage befindet sich der Internist, der sich nicht auf materielle Forschung, materielle Einwirkung[2]) beschränken will. Es sei denn, jemand wolle es unternehmen, ohne die Grunderkenntnisse der Psychoanalyse zu verwenden, eine ganz neuartige und somit antithetische Psychologie der Neuroson aufzubauen. Bisher hat man nur methodologische, und (oft als sachlich mißverstandene) terminologische Einwandssysteme errichtet, die damit aber noch nicht ein psychologisches Gebäude sind. Ein einfaches antithetisches Tatsachengebäude wirklich psychologischer Natur existiert unseres Erachtens heute nicht. Immerhin ist die theoretische Denkmöglichkeit eines solchen Systems hier wohl für diejenigen zu erwähnen, die sich tatsächlich auch an der Denkbarkeit der rein empirischen Feststellungen der Psychoanalyse bereits stoßen.

K. FAHRENKAMP:

WAS MUSS DER PRAKTISCHE ARZT VON DER METHODISCHEN PSYCHOTHERAPIE WISSEN?[3])

Die Entwicklung der modernen Medizin führte zu einem sehr stark betonten Rationalismus und Intellektualismus, während Instinkt und Einfühlung zurücktraten. Im allgemeinen greift man zu früh in den Heilprozeß ein, d. h. ohne genügend die in jedem Krankheitsprozeß wirkende Heilrichtung beobachtet zu haben. Krankheit setzt meist subjektive Störungen als Ausdruck eines Kräftespiels, wobei sich der Arzt durch den Patienten oft verführen läßt, den Schmerz zu unterdrücken, statt den Sinn des Schmerzes als Heilversuch anzuerkennen. Der Arzt muß sich von der Anschauung befreien, daß die Nebenwirkungen der Psychotherapie weniger gefährlich sein können, als die Nebenwirkungen bestimmter Arzneistoffe. So wie unsere

[1]) Die Frage der Individualpsychologie ist ja schon berührt worden.

[2]) Vielleicht begleitet von menschlich-freundlich-einsichtigem Verhalten, das natürlich ganz außerhalb dieser Diskussion steht; wodurch sein Wert und sicher seine Notwendigkeit wiederum nicht bestritten wird. Leider wird immer wieder der Versuch gemacht, diese Forderung mit der nach Psychotherapie gleichzusetzen.

[3]) Vortrag, gehalten im Wiener akademischen Verein für medizinische Psychologie am 12. Januar 1928.

wichtigsten Arzneimittel: Digitalis, Morphium und Salvarsan, Maximaldosen haben, so gibt es auch eine Maximaldosis der Psychotherapie, und es ist eine wichtige Fähigkeit und Kunst des Arztes, das Maß und den Umfang der psychotherapeutischen Ratschläge abzuwägen, die jeder Kranke in seiner Situation im Augenblick verträgt. War vor 300 Jahren der Arzt mit Doktorhut und Perücke an sich schon eine mysteriöse und suggestiv wirkende Persönlichkeit, so hat die moderne Entwicklung diese Seite des Arzttums nach innen verlegt. Wir wollen uns von vornherein bewußt bleiben, daß das von Schleich als Regenschirmbedürfnis der Menschheit anerkannte Verhältnis zu ihrem Arzt einen wahren Kern enthält.

Ich will Ihnen darlegen, was der praktische Arzt heute von der Psychotherapie wissen muß – bzw. wissen müßte.

Daß die progressive Paralyse eine zum Teil mit großem Heilerfolg angreifbare Krankheit ist, wissen heute die meisten praktischen Ärzte. Auch die operative Behandlung der schweren Angina pectoris, die operative Stillegung des Zwerchfells zur Besserung der Tuberkulose und die Traubenzuckerinfusionen zur Kräftigung des Herzmuskels sind moderne therapeutische Maßnahmen, die den meisten Ärzten bekannt sind.

Dagegen ist es vielen praktischen Ärzten heute noch ein Geheimnis, daß zahlreiche, sogenannte nervöse Erkrankungen im Grunde seelische Ursachen haben und weitgehend therapeutisch angreifbar sind.

Erkennen auch einzelne Ärzte systematische seelische Heilmethoden als ernsthaften Weg an, so berufen sie sich doch vor sich und ihren Kranken in der heute nicht mehr abzulehnenden Psychotherapie stolz auf ihr Arzttum und ihre Intuition. In diesem Kreis ist noch immer der Ruf nach dem künstlerisch intuitiv begabten, guten alten Hausarzt, der leider der Vergangenheit angehört, laut. Dabei gilt es als selbstverständlich, daß bei der Paralysetherapie, der Kreislaufbehandlung und der Tuberkulosebekämpfung u. a. m. erst die fest begründeten Kenntnisse und dann die Intuition des Arztes in die Wagschale fallen.

Ich verstehe in diesem Vortrag unter dem sogenannten praktischen Arzt den gut ausgebildeten ernsthaften Arzt, der auf seinem Türschild am besten nur die Bezeichnung trüge: „Dr. X., Arzt".

Das Publikum wird von diesem Arzt annehmen, daß er weder Chirurg noch Frauenarzt ist, noch irgend ein Sonderfach vertritt. Dieser Arzt wird zwangsläufig Kranke mit inneren und Nervenkrankheiten zu Gesicht bekommen. Er wird dem Ideal des alten Hausarztes näherkommen.

Nur wird er seine Kenntnisse auf den Stand modernen Wissens ausgebaut haben müssen, will er sich zunehmend das Vertrauen des Publikums erwerben, das durch die Literatur über den Stand moderner Seelenforschung

oft auffallend gut orientiert ist und entsprechende Kenntnisse vom Arzt erwartet.

So werden Kranke mit Kopfschmerzen, Herzleiden, Verstopfung, Ischias, Magengeschwüren, Asthma, mit richtigen und falschen selbstgestellten Krankheitsdiagnosen, mit kranken oder schwer erziehbaren Kindern – Bettnässen, Onanie – zu ihm kommen. Sie werden aber auch kommen mit unbestimmten Ängsten, mit Schlaflosigkeit, mit schwereren und leichteren Verstimmungen, kurz mit allerhand Sorgen körperlicher und seelischer Natur, bis zu schweren Zwangsneurosen und beginnender echter Geisteskrankheit.

Von diesem Arzt wird der Kranke als selbstverständlich annehmen, daß er die Grenzgebiete der Sonderfächer so gut kennt, daß ihm je nach der Lage seines Krankseins der richtige Behandlungsvorschlag zuteil wird, von dessen Durchführung er auf kürzestem, schonendstem und billigstem Wege volle Gesundheit, Arbeits- und Genußfähigkeit erwarten darf.

Es ist selbstverständlich, daß dieser Arzt ihm z. B. zeitig zu einer Blinddarmoperation rät. Sind, nach Angabe seines ärztlichen Beraters, Kopfschmerzen durch einen Sehfehler bedingt, so wird er von seinem Arzt nicht die Verordnung einer komplizierten Brille erwarten, sondern nur den Rat, augenärztlich sich behandeln zu lassen – aber er wird hinterher seinem Arzt für die richtige Diagnosestellung dankbar sein. Liegt den Kopfschmerzen eine krankhafte Veränderung der oberen Luftwege zugrunde, so rät der Arzt vielleicht einen operativen Weg durch den Hals-Nasen-Spezialisten – oder wird er selber die Verbiegung der Nasenscheidewand beheben wollen?

Genießt der Körper in dieser Beziehung weitgehendsten Schutz, so kann man das gleiche von der Seele heute nicht behaupten.

So mancher „moderne" Arzt fühlt sich heute nicht nur berechtigt, sondern verpflichtet, neben den körperlichen auch seelische Ursachen aufzudecken und zu beheben.

Das gilt in gleicher Weise von Kopfschmerzen über Schlaflosigkeit zur Verstopfung bis zu Gallensteinen, Magengeschwüren und Herzneurosen.

Sehen wir uns den Tatbestand vorurteilsfrei an, so müssen wir erkennen, daß es ein Kunstfehler ist, wenn der praktische Arzt methodische Psychotherapie treibt.

Wir schweigen dabei von den Unterlassungen und der Unkenntnis, behaupten aber, daß manches psychotherapeutische Vorgehen im erkrankten seelischen Gefüge eines Menschen mindestens ebenso gefährlich ist wie die Unterlassungen und Mißgriffe in körperlicher Beziehung.

Der Arzt besinnt sich oft nicht einen Augenblick, die scheinbar kleinen Verbiegungen der erkrankten Seele zu korrigieren und ist oft erstaunt, wenn die seelische Wunde größer wird, als er ahnen konnte.

Die von Freud begründete Psychoanalyse und ihre gründliche Kenntnis ist die Voraussetzung für das Verständnis der modernen Lehre von der Psycho-

pathologie. Dabei kommt es mir hier auf sich immer wiederholende Erfahrungen der täglichen Praxis ganz allein an, nicht auf die Tatsache, daß der gut ausgebildete Spezialist als Psychotherapeut in seinem Sonderfach Vortreffliches leistet. Hier steht er ebenbürtig dem Chirurgen und Augenarzt zur Seite.

Wir müssen die unheilvolle Verwischung der Grenzen zwischen allgemeinem Arzt und methodischem Psychotherapeuten klar erkennen.

In dieser Verwischung droht eine nicht zu unterschätzende Gefahr für den Kranken, für unsere eigene Entwicklung als Ärzte und für den strengen Fortgang klarer naturwissenschaftlicher Erkenntnis vom Kranksein der Seele, die den übrigen Erkenntnissen der Medizin ebenbürtig zur Seite steht.

So betrachte ich die mir gestellte Frage ausdrücklich von der Gegebenheit des praktischen Arztes und nicht vom Standpunkt des Psychotherapeuten aus, wobei eine Auseinandersetzung oder Stellungnahme zu den einzelnen Schulen der medizinischen Psychologie und Psychotherapie hier nicht zur Diskussion steht.

Wir legen unserem ärztlichen Denken geordnete pathologisch-anatomische Kenntnisse, die Forschungsergebnisse der Konstitutions-Pathologie, der Immunitätslehre usw. zugrunde. So muß also auch der neue Arzt die naturwissenschaftlichen Erkenntnisse medizinischer Psychologie beherrschen.

Daß alles naturwissenschaftliche Erkennen im Fluß ist und die medizinische Psychologie eine junge Wissenschaft sei und der Streit der Meinungen noch zu groß, entbindet uns nicht von dieser Verpflichtung.

Die Antwort auf die Fragestellung meines Vortrages nehme ich Ihnen vorweg. Der neue praktische Arzt kann sich gar nicht fleißig genug mit den gesicherten Kenntnissen der medizinischen Psychologie – von der Psychoanalyse Freuds ausgehend – auseinandersetzen, um sein Verständnis und seine Erkenntnismöglichkeit für körperlich-seelische Abläufe zu vertiefen, vor allem aber, um seelisch bedingte Erkrankungsformen richtig zu erkennen.

Der neue Arzt hat diese Erkenntnis in erster Linie nötig für sich selber und erst in zweiter Linie für den Kranken, d. h. für seine Diagnose und für seine Therapie. Wird die Diagnose durch seine Erkenntnis grundlegend beeinflußt, so braucht seine Therapie sich sichtbar kaum zu ändern, jedenfalls nicht seine methodische Psychotherapie als Ausbau für seine ärztliche Arbeit. Der beschäftigte Arzt ist nie und nimmer in der Lage, eine auch nur einigermaßen den Forderungen der exakten Psychotherapie gerecht werdende methodische Behandlung durchzuführen.

Es entspringt aus der Beschäftigung mit der medizinischen Psychologie für den Arzt ein „Erkenne dich selbst".

Hier eröffnet sich ihm ein wichtiger Weg, durch Selbsterkenntnis aus einem Rastlosen wieder zum Arzt zu werden, der auch innerlich Zeit für seine Kranken hat.

So fällt der Wert der Beschäftigung mit seelischen Abläufen zuerst segensreich auf den Arzt zurück. Wissen wir doch alle, daß die oft erschütternden Erkenntnisse der neuen Seelenforschung mit ihren ungewohnten Begriffsbildungen auch weltanschaulich auf den einzelnen wirken müssen.

Verwehren Sie also, als strenge Naturwissenschaftler, dem praktischen Arzte nicht, sich diejenigen Kenntnisse der Psychologie zu eigen zu machen, die er nach seiner Veranlagung noch tragen kann.

Wir kommen als Ärzte in der Heilkunst heute nur weiter, wenn wir mit den neuen Erfahrungen vom Seelischen erst einmal sehen und hören lernen, d. h. ärztlich neu beobachten lernen.

Die zu diesen Fragen gegnerisch eingestellten Ärzte stellen der medizinischen Psychologie die ärztliche Persönlichkeit, ihre Weltanschauung, ihr künstlerisches Arzttum entgegen, als wäre das, worüber wir hier sprechen, nicht naturwissenschaftlicher Lehr- und Lernstoff wie jede andere Disziplin der Medizin. Denken Sie an den Kongreß von 1924 in Kissingen und Wiesbaden 1927. Man machte den bescheidenen Versuch, der medizinischen Psychologie ihren Platz unter der Sonne der Almae matres einzuräumen. Aber man sorgte, daß sie nicht durch unsichtbare Strahlen zu stark wirkte. Durch ihr Alter, ihre Erfahrung und Ansehen einflußreiche Ärzte warnten vor der schädlichen Kraft dieser neuen, leuchtenden Erkenntnis. Ehe man sich entschloß, wenigstens einmal wertfrei und vorurteilslos den jetzigen Stand naturwissenschaftlicher Erkenntnis aller Schulen der medizinischen Psychologie und Psychotherapie wiederholt und gründlich dem Kreis der Ärzte zu unterbreiten, warnte man schon und schob das verdunkelnde Glas der persönlichen Erfahrung und Intuition vor das aufgehende Licht.

Ohne Zweifel spielt die Begabung des einzelnen Menschen in jedem Berufe eine ausschlaggebende Rolle. Fällt auch dem psychologisch begabten jungen Arzte die rationale Beschäftigung mit diesem Lehr- und Lernstoff leichter als dem in dieser Beziehung Unbegabten, so darf die Begabung nicht überwertet werden, weil vieles durch Fleiß und Übung erworben werden kann. Aber darüber vergessen wir nicht, daß das, was der Pathologe Ernst 1926 auf der Naturforscherversammlung in seiner Rede über das „morphologische Bedürfnis" ganz scharf zum Ausdruck brachte, auch für diese Materie gilt, daß wir wieder lernen müssen, schauen zu können. Und dieses Schauen-

und Beobachten- und Verstehenkönnen hat – wurzelnd in der Psychoanalyse Freuds – System und Ordnung erhalten.

So muß ein Weg gefunden werden, auf dem möglichst viele praktische Ärzte, vor allem die jungen Ärzte und Studierenden, den lehr- und lernbaren Stoff medizinischer Psychologie und methodischer Psychotherapie in sich aufnehmen können und die gleiche Kritik erlangen, wie sie sie von der Hochschule der Chirurgie und anderen Spezialgebieten gegenüber mitbringen.

Solange die Hochschule dem jungen Arzt die erforderlichen Kenntnisse im Staatsexamen nicht vermittelt, steht der Arzt erst später vor der Forderung, sich freiwillig mit diesen Fragen auseinanderzusetzen, weil er sich ihnen heute nicht mehr entziehen kann. Dafür sorgen Wochenschriften, Buchbesprechungen, Zeitschriften bis zu den Dichtwerken eines Thomas Mann, Stefan Zweig und Hermann Hesse.

So kommen wir zu der wichtigen Forderung, daß der Arzt vor allem nach wie vor praktischer Arzt bleibt und nicht in den Fehler verfällt, sich jetzt plötzlich als Psychotherapeut umzustellen.

Dem praktischen Arzt werden heute immer wieder drei Kardinalforderungen gestellt:

1. Die Bekämpfung des Schmerzes irgend welcher Genese,
2. die Bekämpfung der Schlaflosigkeit,
3. die Bekämpfung der Verstopfung.

Diesen drei allgemeinen Klagen begegnet jeder Arzt. Als einige charakteristische Spezialanforderungen von seiten des Kranken nenne ich noch: Die Bekämpfung der Aderverkalkung, die Beseitigung eines zu hohen Blutdruckes, die Behebung der Frigidität oder Impotenz, Hämorrhoidalbeschwerden und Ausschläge an den Genitalien.

Der junge Arzt kann heute scheinbar dem Publikum gegenüber leicht modern sein, ohne sich nur eine Spur um medizinische Psychologie zu kümmern. Hierzu verhilft ihm die sehr geschäftstüchtige pharmazeutische Industrie, die ihm täglich eine Unzahl neuer, angeblich ganz unschädlicher Mittel kostenlos auf den Schreibtisch wirft.

Es ist ein schlechter Weg, wenn wir Symptome bessern, aber den Menschen in seiner Ganzheit als Träger des Symptoms in seinem Kampf gegen das Kranksein lähmen und seinen Organismus allmählich chronisch vergiften.

Ich teile Ihnen in folgendem, natürlich nur bruchstückweise, einiges über Kranke mit.

1. Einige Beispiele von Kranken mit Magen-, Darm- und Verdauungsstörungen.
2. Kranke mit Asthma bronchiale.

3. Herzneurotische und organisch Herzkranke.
4. Rein seelisch Kranke, die irrtümlich oder absichtlich den inneren Arzt aufsuchen.

Über die erlernte, ich betone ausdrücklich nicht mehr rein intuitive, also bewußte Technik zwischen Arzt und Patient, hebe ich ein paar Gesichtspunkte heraus.

Durch unsere neu erworbenen Kenntnisse wissen wir, daß es klug ist, nicht durch Fragestellungen und frühzeitiges Eingreifen in die Berichterstattung des Kranken über sein Kranksein einzugreifen. Wir schalten bewußt unser oft affektives Interesse für einzelne Punkte des Berichtes von seiten des Kranken aus und stören nicht die naive Darstellung seiner Krankheitsschilderung. Vor allem läßt sich der Arzt nicht mehr durch irgend ein Symptom oder durch unbewußte oder bewußte Wünsche des Kranken verführen. Er enthält sich auch einmal grundsätzlich jeder Kritik. Er weiß auch, daß die eigentlich nebensächlich und ganz zum Schluß mehr so nebenbei vorgebrachten Äußerungen des Kranken oft den wesentlichen Schlüssel zum Wesen seines Krankseins geben.

Es kann nicht genug davor gewarnt werden, die Bereitschaft des Kranken, seelische Ursachen für sein körperliches Kranksein anzuerkennen, für wahr zu halten.

Wir wissen, daß der Kranke alsbald den Rückzug aus der seelischen Behandlung antritt und sich ins Körperliche flüchtet.

Er weiß auch, daß es zweckmäßig ist, in der ersten Begegnung mit dem Kranken lieber nur zuzuhören und eine Art Stauung zu bewirken.

Der praktische Arzt darf nicht in den Fehler verfallen, weil ihm und dem Kranken etwa die Krankheit als seelisch bedingt erscheint, eine gründliche körperliche Untersuchung zu unterlassen. Er ist eben kein Psychotherapeut im Sinne der strengen Schule, sondern Arzt, der auf das Übertragungsverhältnis, das durch die körperliche Untersuchung stark beeinflußt wird, nicht verzichten kann.

Er hat vor allem gelernt, nicht gleich therapeutisch gegen einzelne Symptome vorzugehen, sondern sich und dem Kranken Zeit zu lassen, weil er weiß, daß die Erkenntnis von den Krankheitsabläufen in der Ganzheit seines Kranken im Sinne des Leib-Seele-Problems erst die Unterlage für eine Heilmöglichkeit bietet.

Der in unserem Sinne geschulte Arzt erlebt seine Entdeckerfreude im Bereiche des Seelischen bewußt, ohne sie dem Kranken zu zeigen.

Das gilt in hohem Maße, wenn Kranke Träume erzählen. Denn er weiß, daß er auch bei scheinbar sogenannten ganz eindeutigen Träumen nichts von dem Individualleben des Kranken erfährt. Denn gerade hinter den

schönsten Träumen, Phantasieen und Einfällen verbirgt sich oft etwas, was einer kurzen Therapie gar nicht zugänglich ist, und er wird wissen, warum er keine wilden Analysen treibt.

Erweist sich in einer schonenden Aussprache der Patient als fähig, den seelischen Anteil an seinem Kranksein zu begreifen, so steht es je nach dem Anteil dieser Komponente dem Arzt frei, unter Anpassung an die körperliche und seelische Lage des Kranken und seines Milieus entweder die Behandlung selber zu einem guten Ende zu führen, oder, falls der seelische Anteil des Krankseins im Vordergrund steht und von dem Körperlichen nicht überwunden werden kann, die Behandlung von einem geübten Fachkollegen durchführen zu lassen.

Das sauber erworbene Vertrauensverhältnis des Arztes zu seinem Kranken wird ihm dann kaum eine Schwierigkeit entgegensetzen, auch eine langdauernde, ordnungsgemäße Psychotherapie bei einem Fachkollegen anzunehmen.

In diesem Zusammenhange lasse ich jetzt Bruchstücke aus Krankengeschichten, wie vorhin schon erwähnt, folgen:

Ein 22jähriges Fräulein hat seit der Pubertät mit dem Magen zu tun. Sie hat schon wegen Verdacht eines Magengeschwürs im Krankenhaus gelegen, lebt seit 14 Tagen nur wieder von Milch und Brei. Die Mutter wurde gleich beim Auftreten ihrer Erkrankung an einer Blinddarmentzündung operiert. Die Kranke klagte über ein großes Übelsein, bekommt jeden Tag von der Mutter einen Einlauf, hat wegen des Magens alle beruflichen Pläne aufgegeben. Der Großvater ist auch schwer magenleidend, die zukünftige Schwiegermutter leidet am Magen. Patientin sagt, sie würde allmählich ganz schwermütig. Liegt viel zu Bett und weint. Wichtig ist, daß sie im 13. Lebensjahr eine diphtherische Lähmung durchgemacht hat, derentwegen sie ein halbes Jahr zu Bette lag. Damals auch Stuhlbeschwerden.

Die körperliche Untersuchung ergibt bei einem sehr gut gebauten Mädchen normale Säurewerte, kein Blut im Stuhl, normales Blutbild. Die Röntgendurchleuchtung ergibt keinen sicheren Anhaltspunkt für ein Duodenalulcus. Immerhin ist eine Stelle druckempfindlich.

Hier hat der Arzt zu entscheiden, ob er das gesamte Krankheitsbild für mehr organisch im Sinne der Bergmannschen Klinik oder vorwiegend neurotisch unterbaut hält. Ein näheres Eingehen auf die gesamte seelische Situation der Patientin zeigt, daß der Versuch, von der psychischen Seite aus vorzugehen, gemacht werden kann. Somit wird mit einem Schlage normale Kost verordnet, die Einläufe verboten, und durch ein harmloses Gleitmittel wird normaler Stuhlgang erzielt. Anschließend wird eine körperliche Gymnastik eingeführt. Nachdem es gelingt, die Patientin in kurzer Zeit be-

schwerdefrei zu bekommen, bekommt sie auch eine Ahnung für die zum Teil psychische Bedingtheit ihres Krankseins. Eine methodische Psychotherapie hätte die Patientin ohne weiteres abgelehnt.

Auf Grund seiner psychoanalytischen Kenntnisse war es dem Arzt möglich, körperlich und seelisch die Patientin richtig anzufassen und nicht die alte infantile Einstellung durch die Art der Behandlung immer neu zu unterstreichen. Die Patientin ist bis heute beschwerdefrei und frei von Verstimmungen und mit ihrem Magen-Darm in Ordnung. Selbstverständlich kann ein Rückfall eintreten.

Es handelt sich hier zum Teil um einen Übertragungserfolg, der sicherlich auf viele andere Weisen auch erzielt werden konnte. Bemerkenswert ist, daß alle narkotischen Mittel, eine Operation und alle für die Kranke bewußt psychischen Eingriffe vermieden wurden. Es ist also etwas Negatives geleistet worden, aber gerade dies scheint mir bei dem heutigen Stand der Schulen wichtig zu sein. Außerdem ist die Patientin veranlaßt worden, aktiv an ihrem Gesundsein mitzuarbeiten durch tägliches Turnen. Bei einem Rückfall hat sich der Arzt zu neuem Helfen den Weg nicht verschüttet.

2. Fall: 35 Jahre alte Ehefrau, mir seit 3 Jahren bekannt. Der organische Befund ist eine typische Gärungsdyspepsie, hatte verschiedene Male Blinddarmentzündung, nach eigenen Angaben der Kranken „leider nicht operiert". Trotz fünfjähriger Ehe keine Kinder. In einer Klinik wurde Anazidität festgestellt, wahrscheinlich Verwachsungen. Neben leichten thyreotoxischen Erscheinungen außer der Gärungsdyspepsie nichts. Auch hier tägliche Einläufe.

Von der seelischen Seite ausgesprochener Infantilismus, schwere Entwicklungshemmung durch viel zu streng katholischen Vater, Klostererziehung. In der Ehe Frigidität.

Organisch so stark auf den Blinddarm eingestellt, daß jede seelische Komponente, auch die sie selber betont, trotzdem von ihr abgelehnt wird. Nachdem Patientin vielfach den Arzt gewechselt hat, strikte Ablehnung der Operation meinerseits. Die Patientin ist inzwischen fähiger geworden, das Problem ihrer Angst selber anzufassen und doch ein Gefühl für die seelische Seite ihrer organischen Störungen zu bekommen. So entschließt sie sich, wie die andere Patientin, aktiv an ihrer Gesundheit mitzuarbeiten, und wird in Bälde beschwerdefrei.

Der Arzt hält alle schädlichen Mittel fern und lehnt die Operation ab. Allmählich verliert die Kranke ihre Angst und ihre Operationswünsche.

Bei der starken Mischung zwischen körperlichem und seelischem Kranksein wird in diesem Falle die Einstellung des Arztes nicht einseitig auf das Körperliche oder das Seelische festgelegt. Das ist von Bedeutung, weil wir sonst

die Tatsache erleben, daß die Patienten doch plötzlich von der organischen Seite schwer erkranken und an einem Magengeschwür oder einem Angina-pectoris-Anfall zugrunde gehen.

Im dritten Falle kommt ein Handwerker, der nach dem Essen und nach schwerer Arbeit einen Druck im Magen hat. Stuhlgang schwer verstopft. Seit neuester Zeit impotent. Die körperliche Untersuchung ergibt einen völlig gesunden Mann mit spastischer Obstipation und Impotenz. Der Patient ist im Geschäft seines Vaters tätig. Dieser war noch nie krank, hat keinen Sinn für die Krankheit seines Sohnes. Der Patient arbeitet seit 1914 unermüdlich, hat seit 1914 keinen Urlaub gehabt. „Der Vater hat die Mutter zu Tode gehetzt, ihn will er auch zu Tode hetzen." Ich kann Ihnen aus der sehr langen, psychischen Anamnese hier nur diese beiden Bruchstücke mitteilen.

Dieser Mann, selbständiger Handwerker mit 14 Angestellten, hätte jede methodische Psychotherapie abgelehnt. Er war zu jeder Operation am Darm bereit. Die neurotische Unterlage war ohne weiteres klar. Mit harmlosen Mitteln und einer nüchternen, ruhigen Aussprache in Gegenwart der Frau, Regelung seines Lebens, Umstellung zu seinem Vater, Rat zu bewußter Rücksichtslosigkeit, ist dieser Kranke in wenigen Wochen vollkommen beschwerdefrei und potent geworden. Bewußt wurde er wegen der Impotenz nicht elektrisiert und alle narkotischen Mittel vermieden. Bei diesem Kranken hätte es an sich sehr nahe gelegen, ihm seine psychische Situation in langen Unterredungen bewußt zu machen. Ich bezweifle, daß dieser mehr praktisch und grob eingestellte Mann dann auch nur noch ein einziges Mal zum Arzt gekommen wäre.

Nach meinen Erfahrungen liegen beim Asthma bronchiale, so wie der praktische Arzt diese Krankheit in der Sprechstunde erlebt, die Verhältnisse so: Meist besteht bei dem Kranken die Neigung zu asthmatischen Anfällen schon lange. Alle möglichen Medikamente wurden versucht. Die Kranken wissen oft durch die vorbehandelnden Ärzte, daß die seelische Seite beim Asthma eine Rolle spielt.

Jeder Kundige weiß, daß hier die kunstgerechte methodische Psychotherapie mit zu den schwersten Behandlungen gehört. Als Internist verweise ich z. B. auf das Moment der Konstitution und die meist schon vorhandenen objektiven Veränderungen an den Lungen.

Hört man sich die Eigenberichte der Asthmatiker mit wenigen Zwischenfragen vorurteilsfrei an, so stößt man oft auf schwere sexuelle Konflikte, für deren ursächliche Bedeutung für die eigene Erkrankung der Patient meistens keine Einsicht hat.

Ein 23jähriges Fräulein leidet an ganz schwerem Asthma, welches erstmals in einer „harmlosen" Kinderliebe zu einem Vetter auftrat. Daß diese Liebe

nicht so harmlos war, erzählt die Patientin spontan, lädt alle Schuld auf sich selbst, läßt den Vetter „rein" dastehen. Sie bringt so viel Material im ersten Aussprechen in der Sprechstunde, daß dem Arzt kein anderer Rat als eine Psychoanalyse bei einem Fachkollegen übrig blieb. Trotzdem die Patientin diesen Rat als richtig anerkannte, lehnte sie aus äußeren Gründen den Weg ab, wurde vorübergehend besser und entzog sich der Behandlung.

Bei einer zweiten Patientin spielt das unbefriedigte Geltungsbedürfnis, das sie auf ihren Mann bezieht, eine ausschlaggebende Rolle. Sie ist sehr stark auf die organische Seite ihres Krankseins eingestellt. In ihrem Selbstbericht steht die ganze Analyse ihres Asthmas. Allein schon bei dem Versuch, diesen Bericht mit ihr durchzusprechen, bricht die Patientin die Behandlung ab.

In einem dritten Fall trat der erstmalige Asthmaanfall auf in der Verlobungszeit eines 27jährigen Beamten, während er gleichzeitig ein Verhältnis mit einem Mädchen, der Tochter eines Untergebenen, unterhielt. Die Anfälle traten erstmals nur an diesem Ort auf, an dem auch seine Schwiegereltern wohnten. Der Patient war so stark auf die organische Seite seines Asthmas eingestellt, daß eine Kalziumtherapie in verhältnismäßig kurzer Zeit eine wesentliche Besserung herbeiführte.

Für den etwaigen Zusammenhang des Asthmas, bzw. des erstmaligen Auftretens seines Leidens mit seinem sehr stark mit Schuldgefühlen einhergehenden sexuellen Verhalten während der Verlobungszeit, hatte der Patient überhaupt kein Verständnis.

Ein 49jähriger Kaufmann spritzt sich seit 7 Jahren durchschnittlich zweimal täglich 4 Spritzen Asthmolysin. Es handelt sich um ein ganz schweres Asthma, das erstmals in der Hochzeitsnacht auftrat.

Der Patient ist derart an chronische Gifte gewöhnt, daß er jeder Suggestivtherapie, auch während einer kurzen klinischen Beobachtung, völlig ablehnend gegenübersteht, trotzdem sein Eigenbericht dem Arzte an der seelischen Beteiligung des Zustandekommens seiner Krankheit nicht den mindesten Zweifel läßt.

Trotzdem bleibt nichts anderes übrig, als den Versuch zu machen, an Stelle der doch gefahrvollen giftigen medikamentösen Therapie eine ungiftigere zu setzen, der sich aber der Patient durch Fernbleiben entzieht.

Eine 30jährige Frau bekommt ihren ersten Asthmaanfall nach einem Koitus im Freien mit ihrem Verlobten, der dann im Kriege fiel. Außerordentliches Schuldgefühl gegenüber ihrem jetzigen Mann. Dieser Frau gelingt es, den aktuellen Konflikt aufzuarbeiten, bei gleichzeitiger körperlicher Behandlung, und sich weitgehend zu bessern. Diese Frau hatte bisher den Zusammenhang zwischen ihrem Asthma und diesem mit starken Schuldgefühlen einhergehenden Erlebnis rational so verarbeitet und ihre Schuldgefühle so verdrängt, daß sie

schließlich immer nur behauptete, sie habe sich eben damals schwer erkältet und hätte diese Erkältung nicht mehr losbekommen, und diese Erkältung habe sich dann in das chronische Asthma umgesetzt.

Ich teile Ihnen diese Bruchstücke aus Erfahrungen mit Asthmakranken mit, weil ich nicht glaube, daß der Arzt zur Zeit dem Asthma gegenüber mit seinen psychotherapeutischen Kenntnissen etwas anderes anfangen kann, als seine Beobachtungsgabe für die Zusammenhänge psychischer und körperlicher Abläufe zu schärfen.

Obwohl schon in der Sprechstunde beim bloßen Zuhören das Konfliktsmaterial aus dem Bereich des sexuellen Erlebens dem Arzt ganz eindeutig entgegentritt, so ist doch für den praktischen Arzt eine psychotherapeutische Inangriffnahme des Asthmas kaum durchführbar. Denn beim Asthmatiker ist die Flucht in das Organische derart bereitgestellt, daß beim ersten Widerstand das Eingreifen des Arztes von der körperlichen Seite her notwendig gemacht wird.

Ich glaube, wir sind in den Ergebnissen der Psychotherapie im Augenblick an dem gefährlichsten Punkt, daß wir behandeln wollen, noch bevor wir durch genügend eigene Kenntnis eine möglichst klare und sichere Diagnose in der Hand haben.

Bleibt vorerst für uns eine unschädliche medikamentöse oder oberflächliche Suggestivtherapie. Die körperliche Behandlung des Asthmas brauche ich hier nicht zu erwähnen.

Es genügt sicherlich, wenn der methodisch geschulte Arzt im Sinne der Psychokatharsis sachlich mit dem Kranken über das bewußtseinsfähige Material spricht und individuelle und gesellschaftliche Vorurteile abbaut, die zum Teil in der Moral der Umgebung, zum Teil in einem zu strengen Überich wurzeln. Dazu gehört eben bei dem Arzt in seinem Schweigen und seinen wenigen Fragen sehr viel Kenntnis von den wirklichen Zusammenhängen seelischer Abläufe bei derartigen Kranken.

Bei der Frage, wieweit man bei herzneurotischen Störungen methodisch-therapeutisch vorgehen kann, möchte ich Ihnen an drei Beispielen, die ich summarisch zusammenfasse, zeigen, daß trotz der Fülle des Materials, das die Patienten dem Arzt erzählen, der psychotherapeutische, direkte Weg unzugänglich ist.

Im ersten Fall klagt eine Dame über starkes Herzklopfen usw. Die vorsichtig erhobene Anamnese zeigt schwerste eheliche Konflikte und deckt auch die hinter diesen Konflikten liegenden seelischen Verkrampfungen der Patientin selber auf. Es ist charakteristisch, daß beim Eingehen auf seelische Zustände nach kurzer Hemmung derartige Kranke so oft ihre Geschichte unter Tränen erzählen.

Würde man nach meinen Erfahrungen auf eine medikamentöse Behandlung, auf einen Weg von der körperlichen Seite her verzichten, und bewußt Psychotherapie treiben, so würde man bei derartigen Menschen sofort mit dem Helfenkönnen Schiffbruch erleiden.

Bei einer zweiten Patientin liegen die schwersten ehelichen Traumen vor, die sie bisher mit Heroismus ertragen hat. Der Mann verlangt von ihr die schwerwiegendsten Perversitäten. Daß dahinter ihre eigene Perversität steckt, war der Patientin halb bewußt. Hätte man sie aus ihrer Dulderstellung durch eine bewußtmachende Psychotherapie herausgenommen, hätte man sich auch hier die durch einfache medikamentöse Maßnahmen erzielte Symptomfreiheit vereitelt.

Bei der dritten Patientin mit herzneurotischen Beschwerden wurde das schwere psychische Moment allein schon aufgedeckt durch die Art, wie diese Patientin ihre Kinder erzog. Sie war außerordentlich stolz, so viel vom Seelischen zu wissen durch einschlägige Literatur. Im Augenblick, wo der Versuch gemacht wurde, die Nutzanwendung für sie daraus zu ziehen, verstärkten sich die Beschwerden, während der körperliche Weg sofort eine Besserung und Beseitigung der Beschwerden brachte.

Das Gemeinsame an diesen drei Kranken liegt nach meiner Erfahrung darin, daß es für den Arzt in der Sprechstunde wichtig ist, sich über das seelische Material zu orientieren, weil er dadurch gerade bei Menschen im vierten und fünften Jahrzehnt die Differentialdiagnose zwischen organischer und herzneurotischer Erkrankung mit Sicherheit abgrenzen kann.

Sie sehen, daß methodisches Wissen um psychische Vorgänge dafür sorgt, daß wir weniger Fehldiagnosen machen und an sich Kranke mit stark neurotischem Unterbau durch Ängstlichkeit oder falsche Diagnose von seiten des Arztes auf ein Organ fixieren, ihnen unnütze und teuere Kuren verordnen und vor allem das Sicherheitsgefühl erschüttern, auf das Heyer in so vortrefflicher Weise hingewiesen hat. Kennen wir andererseits den psychischen Anteil der Organneurose einigermaßen, so können wir den gesunden Anteil der körperlichen und seelischen Persönlichkeit zu Hilfe nehmen, um das Sicherheitsgefühl des Kranken wiederherzustellen.

Auf die Wiederherstellung des Sicherheitsgefühles kommt es bei den Organneurosen ganz vorwiegend an.

In diesen mehr einfachen Fällen muß der Arzt wissen, wieweit der Patient für psychotherapeutische, bewußtmachende Maßnahmen tragfähig ist.

Liegen die Verhältnisse wie in einem weiteren Fall so, daß eine Kranke, die zu mir mit Herzbeschwerden kommt, sämtliche Methoden der Behandlung über Hypnose, Sanatoriumsaufenthalt usw. ausprobiert hat, endgültig erkennt, daß der organische Anteil ihres Krankseins ein geringer ist, und ist die

Patientin wie in diesem Falle einsichtsvoll genug geworden durch einen genügend langen Leidensweg, sich zwischen Kranksein und Gesundheit freiwillig zu entscheiden, so kann man sich nach der genügenden Vorbereitung dazu entschließen, eine Psychoanalyse und diese dann bei einem Fachkollegen vorzuschlagen.

Bei einem anderen Kranken, den ich schon 3 Jahre kannte, war durch Übertragungstherapie und grobe suggestive Maßnahmen eine schwere Herzneurose so weit behoben worden, daß er zeitweise studieren konnte. Er versagte immer von neuem, wenn die Übertragung durch Abwesenheit sich lockerte. Bei der hohen Intelligenz und dem guten Willen dieses 19jährigen Menschen gelang es, einen Einfall bewußt zu machen, wo er das erste Mal seine Herzschwächen bekommen hatte. Es stellt sich eine starke Haßeinstellung zur Mutter, eine inzestuöse Bindung an die Schwester heraus. Die organische Behandlung wurde abgebrochen, und der Kranke wurde einer Analyse zugeführt, die zur vollen Gesundung führte.

Bei der methodischen medizinischen Psychologie werden dem Arzte oft die Worte Goethes aus dem „Zauberlehrling" einfallen, wie schön es ist, die Geister nach eigenem Willen leben zu lassen, aber er wird sich eingestehen, wie leicht eine falsch eingestellte Psychotherapie damit endet:

Die ich rief, die Geister,
Werd' ich nun nicht los!"

Bei den Herzneurosen ist durch das Alter der Patienten die größte Vorsicht geboten.

Der Arzt muß bei diesen Kranken besonders sorgfältig prüfen, was er von dem Seelischen vertragen kann. Unsere neuen Erkenntnisse führen uns immer wieder auf den Zusammenhang zwischen Herzbeschwerden und gestörter Sexualität hin. Lehnen wir nach Art alter Ärzte die Onanie bei unseren Patienten mit einem entrüsteten väterlichen moralischen Eindringen in den Kranken ab, so wissen wir heute, daß es nicht auf Moral und Erziehung in erster Linie ankommt, sondern erst einmal darauf, Schuldgefühle zu verringern und einen Onaniezwang von der triebhaften Seite her zu erkennen und eventuell einer methodischen psychotherapeutischen Behandlung zu unterziehen und verschwinden zu lassen. Daß so und so viele Fehlleistungen im ehelichen Leben infantile Situationen wiederholen und an sich weder gut noch böse sind und mit Moral nichts zu tun haben, diese Erkenntnis ist erst das Verdienst der konsequenten Arbeit Freuds.

Ich erwähne, daß der methodisch psychologisch geschulte Arzt auch nicht einfach zur Abstinenz raten oder die Mannbarkeitserklärung durch einen Rat zum außerehelichen Verkehr herbeiführen wird. Er weiß, daß Triebstörungen und Hemmungen nicht durch einen so banalen Rat behoben werden

können, und weiß, wie häufig, je nach Konstitution, Erbmasse, dem Triebschicksal und Milieuschicksal des einzelnen infantile, sexuelle Hemmungen später zu Organneurosen der verschiedensten Art führen können.

Daß die Analerotik etwas mit Obstipation und die Herzneurose mit der Onanie zu tun hat, daran werden nüchterne Beobachter unter uns Ärzten nicht zweifeln können.

So werden Sie mir auch darin zustimmen, wie wesentlich psychopathologische Kenntnisse einen Arzt in seinen Ratschlägen den Eltern gegenüber beeinflussen müssen.

Er wird nicht mehr dulden können, daß man ein sechsjähriges Mädchen ein halbes Jahr lang blasenspült und hier eine Dauerschädigung veranlaßt, die vielleicht für das spätere Leben von größter Bedeutung werden kann.

Daß bei Erwachsenen der Arzt die narkotischen Mittel in höchstem Maße fürchte, vor allem im Augenblick, wo neurotische Momente mit im Spiel sind, bedarf keiner Erwägung mehr. Wir gehen ja heute noch mit unseren hohen Dosen unserer stark wirkenden Mittel derartig massiv vor, daß man sich oft über die Widerstandsfähigkeit von Körper und Seele nur wundern kann.

Kommt der Kranke zum Arzt, und ist die seelische Natur seines Leidens in gleicher Weise dem Patienten wie dem Arzt klar, und sind die Organbeschwerden so im Hintertreffen gegenüber den rein seelischen Krankheitserscheinungen, so wird es dem Arzt sehr leicht sein, einen zweckentsprechenden Rat zur Psychotherapie bei einem geübten Fachkollegen zu erteilen.

Ein 20jähriges Mädchen wurde vom Vater wegen einer halbseitigen Lähmung, angeblich nach Embolie, gebracht. Man mußte auf Grund der Vorgeschichte an eine Mitralstenose und eine schwere organische Schädigung denken. Eine genaue körperliche Untersuchung ergab einen vollkommen negativen Befund, dagegen deckte die Anamnese und der ausführliche Eigenbericht schwere Störungen seelischer Art auf, so daß an der hysterischen Natur der Erkrankung nicht zu zweifeln war. Neben lang betriebener Onanie lagen typische Hemmungen des normalen Trieblebens vor, die die Situation der Patientin weitgehend klärten.

Es ist von größter Wichtigkeit, daß man bei solchen Kranken differentialdiagnostisch ausgerüstet ist und nicht eventuell ein belangloses Geräusch an der Herzspitze zum Ausgangspunkt einer Fehldiagnose macht. Häufig kommen Kranke zum Arzt unter dem Deckmantel der Herzbeschwerden mit schweren Verstimmungen. Es ist wichtig, daß der Arzt nicht den Fehler macht, solchen Kranken ihre Verstimmungen auszureden, sondern sie geduldig anhört und das von dem Kranken angebotene seelische Material einigermaßen verarbeitet.

Viele Ärzte machen bei Patienten mit Verstimmungen, die so häufig in der realen Situation der Kranken nicht begründet scheinen, den Fehler, solche Kranke als zu weich und egoistisch anzusehen und sich auf mehr oder weniger aktive Moralpredigten oder Schlafmittel zu beschränken.

In der Erkenntnis der Übertragungsphänomene von seiten des Arztes ist es für diesen nicht schwer, die Übertragung so zu meistern, daß schädliche Verklebungen zwischen Patient und Arzt für keinen Teil zustande kommen.

Wir erleben immer wieder die Flucht in das Organische und sind bei den Organneurosen vor die schwere Aufgabe gestellt, die körperliche und seelische Seite mit- und gegeneinander abzuwägen. Hat Kranksein irgend etwas zu tun mit der Flucht aus der Realität und ist der Tod für viele Menschen eine Erlösung aus einem unfreiwillig ertragenen Dasein, so müssen wir uns hüten, von der seelischen Seite zu energisch vorzugehen. Weder von seelischer noch von körperlicher Seite sollten wir unbewußte Todeswünsche unterstützen.

Ich komme zum Schluß.

Nicht daß der Arzt ein tüchtiger Psychotherapeut werde, sondern daß er Krankheiten erkenne, und daß er mit möglichst geschärftem Blick Zusammenhänge sehen und beobachten lerne, war der Sinn meiner Ausführungen.

So stellen wir die Forderung auf, daß der neue Hausarzt nicht psychotherapeutisch handle, sondern daß er sich an die Ganzheit des erkrankten Menschen wendet. Dazu gehört Kenntnis der Medizin und fleißiges Erarbeiten der medizinischen Psychologie neben der bisherigen Medizin.

Nicht das eine verachten und das andere nur halb können, sondern das Alte gelernt haben, um es zu besitzen, und das Neue hinzulernen.

In einem Aufruf für das Handwörterbuch der praktischen Medizin – die neue deutsche Klinik – begründet Klemperer die Notwendigkeit der Herausgabe damit: „Es hat stets eine Psychotherapie gegeben, gute Ärzte haben durch ihre Persönlichkeit das Vertrauen erzielt, das die Heilung bewirkte; aber dies war unbewußt, oder, wenn bewußt, lag es fremd außerhalb der ärztlichen Denkrichtung. Erst die Gedanken von Freud haben den Grund für eine biologische Psychotherapie gelegt, und durch seine Schriften wie die seiner Schüler und Nachfolger wurde das psychologische Denken in die Klinik hineingetragen. Gewiß ist nichts auf diesem Gebiet abgeschlossen, noch kämpft Unterschätzung gegen Übertreibung. Aber wir haben doch gelernt, die Dynamik des Glaubens der des Willens in mancher Beziehung gleichzustellen, wir haben die Macht der Suggestion und die Bedeutung der Hypnose erfaßt, und wir erkennen schärfer den Einschlag des Psychischen in jede Art von Therapie. Durch die Würdigung des psychologischen Moments wächst mit der Kritik auch der Machtbereich der Ärzte,

Grund genug für jeden von Ihnen, sich mit den Lehren der medizinischen Psychologie und Psychotherapie vertraut zu machen . . ."

Verlangen wir Ärzte immer nach der Ganzheit des kranken Menschen und beschäftigt uns so sehr das Leib-Seele-Problem, so ist es das gute Recht des Kranken, auch die Einheit und Ganzheit des Arztes zu fordern.

ROBERT HEILIG und HANS HOFF:

PSYCHISCHE BEEINFLUSSUNG VON ORGANFUNKTIONEN, INSBESONDERE IN DER HYPNOSE

SAMMELREFERAT

Daß somatische Vorgänge durch psychisches Geschehen beeinflußt werden, ist durch die klassischen Untersuchungen Pawlows und seiner Schule zur unumstößlichen Gewißheit geworden. Die von ihm angewandte Methode der Beobachtung am „kleinen Magen" des Hundes zeitigte grundlegende Resultate, die zum Ausgangspunkt aller späteren Untersuchungen dieser Richtung geworden sind und von denen im vorliegenden Zusammenhang nur auf die beherrschende Wichtigkeit der „bedingten Reflexe" hingewiesen werden soll, jener Vorgänge, die gesetzmäßig zur Gänze ablaufen, wenn nach vollzogener Bahnung ein Teil der erfahrungsgemäß zusammengehörigen Erlebnisreihe neuerlich erlebt wird, und zwar ein Teilvorgang, der in keinem physiologischen Zusammenhang mit der eintretenden Reaktion steht, also bei allen jenen Individuen, bei denen noch keine Bahnung stattgefunden hat, nicht von dieser Reaktion gefolgt wird. – Es seien zunächst die Folgen von Lust- und Unlustgefühlen und allgemeinen Affektlagen auf Organfunktionen und Stoffwechselvorgänge zusammenfassend geschildert.

Als Ergänzung zu Pawlows Feststellung, daß der Anblick begehrter Nahrung die Magensaftsekretion steigert, fand Bickel beim Hunde deren völliges Versiegen durch die Unlusterregung beim Anblick einer Katze, die auch ein röntgenologisch nachweisbares Sistieren der Darmperistaltik hervorruft (Cannon). Auf gleiche Weise brachte Oechsler beim Hunde die Pankreassekretion fast augenblicklich zum Aufhören. Am Bauchfenster-Kaninchen beobachteten v. Bergmann u. Katsch, daß die Darmschleimhaut durch Schreck oder Schmerz blaß wird, wie nach Adrenalininjektion (vgl. Borchardt). Der Gegensatz zwischen Lust- und Unlustgefühlen konnte

auch beim Menschen unter besonderen Bedingungen, wie sie durch das Bestehen einer Magenhernie (Cade u. Latarjet) oder das Vorhandensein einer Magenfistel (Schrottenbach) gegeben sind, beobachtet werden. Das Zustandekommen bedingter Reflexe konnte Bogen an einem Kind mit Magenfistel nachweisen.

Bei normalen Versuchspersonen hingegen stieß die Untersuchung der Einwirkung einfacher Lust- oder Unlustgefühle lange auf unüberwindlich scheinende Schwierigkeiten, da es erst notwendig ist, die gesamten spontanen Bewußtseinsvorgänge auszuschalten, um den Körper unter die Alleinwirkung eines einheitlichen Gefühles stellen zu können – ein Zustand, der erst durch die Einführung der Hypnose in diese Untersuchungsmethodik erreichbar war. Die Hypnose schränkt das Bewußtsein auf die vom Hypnotisierenden gegebenen Vorstellungsinhalte ein und hat neben kortikalen Angriffspunkten eine tiefe, im Schlafsteuerungszentrum gelegene Wirkungssphäre (Schilder und Kauders). Der Wegfall der Großhirnhemmung und der tiefe, den vegetativen Zentren benachbarte Angriffspunkt ermöglichen eine besonders intensive Beeinflussung der vegetativ gesteuerten Organfunktionen.

Heyer gebührt das Verdienst, zuerst an vollständig magengesunden Versuchspersonen den Einfluß verschiedener durch Suggestion in Hypnose erzielter Vorstellungen auf Magensekretion, Motilität und Peristaltik untersucht zu haben. Es ergab sich je nach der Art der suggerierten Speise qualitätsspezifische Sekretion, die ganz allgemein durch Suggestion stark affektbetonter Erlebnisse gehemmt werden konnte. Bei besonders Disponierten konnte durch Appetitssuggestion Magentonus und Peristaltik (röntgenologisch beobachtet) gebessert werden.

Suggeriert man hypnotisierten Versuchspersonen Aufnahme ihrer individuellen Lieblingsspeise, so kommt es – auch wenn diese Lieblingsspeise z. B. sehr fett ist und somit sekretionshemmend wirken müßte – zu Hyperazidität bei sonst Sub- oder Normaziden, und umgekehrt werden Hyperazide vollständig achlorhydrisch (p_H mehr als 2,3!), wenn man ihnen eine Speise, gegen die sie im täglichen Leben Widerwillen empfinden, suggeriert, auch wenn diese Speise als starker Säurelocker gilt, wie z. B. geröstete Zwiebel (Heilig und Hoff). Ebenso läßt sich vor dem Röntgenschirm der Einfluß individueller Vorliebe oder Abneigung auf Tonus und Peristaltik nachweisen, woraus wir den Schluß zogen, daß bei Diätvorschriften mehr als bisher die individuelle Einstellung zu den erlaubten und verbotenen Speisen berücksichtigt werden müsse, wenn es darauf ankommt, Hyper- oder Subazidität, Hyper- oder Hypotonus zur Norm zurückzuführen.

Außer dem Verdauungstrakt unterliegt auch das uropoëtische System in überraschend weitgehendem Maße der Einwirkung von Lust- und Unlust-

gefühlen (Heilig und Hoff). Vollkommen nierengesunde Versuchspersonen schieden im Volhardschen Wasserversuch in Hypnose unter der Wirkung suggerierter Lustgefühle von 1000 ccm in 4 Stunden 600–700 ccm aus, retinierten gegenüber dem Wachversuch Kochsalz und Phosphate und nahmen 30–40 dkg an Gewicht zu; die gleichen Versuchspersonen schieden unter den gleichen sonstigen Versuchsbedingungen unter der Wirkung von in Hypnose suggerierten Unlustgefühlen 1200–1500 ccm, wesentlich mehr Chloride und Phosphate als im Wachversuch aus und nahmen 20–50 dkg an Gewicht ab. Auf Grund dieser Befunde erklärten wir die aus dem täglichen Leben bekannte Tonuszunahme unter der Herrschaft von Lustgefühlen, den Tonusverlust, die rasche Gewichtsabnahme unter der Einwirkung von Unlustgefühlen als bewirkt durch Wasserretention bzw. Wasserverlust der Gewebe. – Diuresesteigernde Wirkung psychischer Erregung beobachtete Bornstein an sich selbst beim Kartenspiel.

Auf andere Weise erklären Grafe und Mayer Gewichtsverlust und schlechtes Aussehen unter der Wirkung von Unlustgefühlen oder deprimierenden Affekten. Sie fanden nämlich in der Hypnose unter der Wirkung von Affektsuggestionen, und zwar besonders deutlich unter der Suggestion unlustbegleiteter Affekte eine sichere und konstante Steigerung des Gesamtstoffwechsels. Die sehr exakt und unter Beobachtung aller Kautelen durchgeführten Untersuchungen ergaben bei Depressionshypnosen Stoffwechselsteigerungen von durchschnittlich 7,6 % (maximal 25,2 %), bei lustbegleiteten Hypnosen durchschnittlich 4,1 %. Die Autoren diskutieren die Frage, ob diese Steigerungen durch den infolge der Affektempfindung gesteigerten Hirnstoffwechsel erklärt werden können. Schon Speck untersuchte den Einfluß geistiger Arbeit auf den Stoffwechsel und glaubte, die gefundenen Steigerungen auf körperliche Mitbewegungen zurückführen zu können. Auch Benedict und Carpenter, die mit vollkommen einwandfreier Apparatur arbeiteten, fanden wohl geringe Steigerungen unter dem Einfluß anstrengender Lektüre, konnten sich aber angesichts der geringen Ausschläge in ihren Versuchen nicht dazu entschließen, ihre Resultate für beweisend zu halten. Im Gegensatz hierzu fanden Becker und Olsen ein der Intensität geistiger Arbeit proportionales Ausmaß der Stoffwechselsteigerung; Resultate, die von Kestner und Knipping unter besseren Versuchsbedingungen bestätigt wurden. Selbst wenn nun die positiven Resultate vollkommen sicher wären, was nach Grafe nicht der Fall ist, würden auch die größten gefundenen Ausschläge nicht genügen, um die unter Affektwirkung auftretende Stoffwechselsteigerung zu decken. Man muß also als erwiesen annehmen, daß depressive Affekte eine spezifiische Stoffwechselsteigerung hervorbringen können. Zu ähnlichen Resultaten kam auch F. Deutsch, der die depressive Stoffwechselsteigerung bestätigt; in einem

Fall, bei dem es im Verlaufe einer Schrecksuggestion zu kollapsähnlichem Chok kam, stieg der Grundumsatz um 26,6% an.

Die Beeinflussung von Stoffwechsel-Partialfunktionen durch psychische Tätigkeit untersuchten Heyer und Grote. Es ergab sich, daß durch 4 Stunden dauernde Suggestion psychischer Erregung in Hypnose die Phosphorausscheidung um 100–116% erhöht wurde; in geringerem Maße stieg die Kalzium-Ausfuhr.

Die mit der Frage des psychisch beeinflußten Hirnstoffwechsels in engem Zusammenhang stehende Frage nach dem Einfluß psychischer Tätigkeit auf die Temperatur wird im allgemeinen bejaht; Speck, Rumpf u. a. nehmen einen gewissen temperatursteigernden Einfluß geistiger Arbeit an. Cavazzani und Berger fanden vor allem die Gehirntemperatur unter dem Einfluß geistiger Arbeit in geringem Ausmaß gesteigert.

Diese Beobachtungen leiten hinüber zu den ausgedehnten Untersuchungen psychisch bedingter Veränderungen der Zirkulationsverhältnisse. Auf plethysmographischem Wege fand E. Weber, daß beim Ausgeruhten psychische Tätigkeit Erweiterung der Hirngefäße, Verengerung der Darmgefäße hervorruft. Beim Ermüdeten fehlt diese Veränderung der Gefäßweite; bei exzessiver Ermüdung kann es zu einer Umkehrung dieser Reaktion kommen[1]). Ähnlich wirkt Aufmerksamkeit hyperämisierend auf das Gehirn, Unaufmerksamkeit, Konzentrationsunfähigkeit gefäßverengernd. Ungeklärt ist die Wirkung der Lust- und Unlustgefühle auf die Blutversorgung des Gehirns. Weber und Hippel fanden Volumszunahme durch Lust, nach Berger nimmt das Gehirnvolumen bei Lusterregung ab; Weber beschreibt Volumsabnahme durch Unlust, Berger und Hippel fanden Volumsvermehrung. Schreck soll die Gefäße im Bereiche von Hirn und Splanchnicus erweitern, Haut- und Extremitätengefäße konstringieren.

Daß die Pulsfrequenz von psychischen Vorgängen entscheidend beeinflußt wird, ist aus der Erfahrung des täglichen Lebens bekannt. Astruck konnte durch Affektsuggestionen in Hypnose Anstieg der Pulszahl von 72 auf 114 und Absinken bis 30 (!) beobachten. Mit der Änderung der Pulszahl veränderte sich auch vielfach das Aussehen des Elektrokardiogramms. Hering gibt der Überzeugung Ausdruck, daß Aufregung die Disposition zum Kammerflimmern erhöht. Der Blutdruck steigt bei psychischer Anstrengung oft an (Bickel), wodurch der Dilatation physisch stark belasteter Herzen (Sport) Vorschub geleistet wird (Bruns) und sinkt durch Nachlassen des Vasomotorentonus bei Schreckneurosen ab (Knauer und Billigheimer). Laudenheimer maß bei Entspannungssuggestionen Druckerniedrigung um 10–20 mm.

[1]) Diese Resultate sind, wie manche andere Webers, keineswegs unbestritten. Vgl. darüber Allers, Handb. d. soz. Hyg., Bd. 5, S. 66. Berlin, Springer 1928.

Atmungstiefe und Atemfrequenz sind in untrennbarer Weise mit der Art des psychischen Erlebens verbunden (Astruck). Adlersberg und Porges beschreiben verschiedene Formen der neurotischen Atmungstetanie, darunter auch solche, die durch Unlustgefühle oder Angstaffekte ausgelöst werden. Die CO_2-Spannung der Alveolarluft wird nach Beckmann durch psychische Erregung herabgesetzt. Bei besonders Disponierten kann es wohl auch durch psychisch mitbedingte Veränderung der Tonusverhältnisse im vegetativen Nervensystem zu einer der schwersten Atemstörungen, zum Anfall des Asthma bronchiale kommen, bei dessen Entstehen Hansen vielfach die Mitwirkung bedingter Reflexe annimmt (vgl. auch L. Braun).

Dem in den bisher referierten Arbeiten fast durchwegs zutage tretenden Antagonismus in der Wirkung entgegengesetzter Allgemeingefühle auf vegetativ gesteuerte Organfunktionen entsprechen auch die Veränderungen im Innenhaushalt, die F. Glaser aufgedeckt hat. Er fand den Serum-Ca-Gehalt durch Beruhigungssuggestion in Hypnose bis um 1,16 mg-% erniedrigt, durch Erregungssuggestion entsprechend erhöht. Kretschmer und Krüger bestätigen diese Ergebnisse mit der bemerkenswerten Einschränkung, daß sie nur bei solchen Versuchspersonen erzielt werden konnten, deren vegetatives Nervensystem labil war und deren Blut-Ca-Gehalt auch außerhalb der Hypnose Schwankungen aufwies. Glaser macht es auch wahrscheinlich, daß Erregungszustände zu einer Hypercholesterinämie führen und auf diese Weise der Entstehung der Atherosklerose Vorschub leisten können.

Auch die gesamte Abwehrkraft des Organismus unterliegt der Einwirkung und Einstellung der Psyche. In bisher unveröffentlichten Untersuchungen (Heilig und Hoff) ergab sich, daß durch posthypnotisch erregte Unlustgefühle ebenso wie bei Patienten, die unter der spontanen Einwirkung psychogener Depressionsgefühle standen, die Agglutinationsfähigkeit für Typhusbazillen und der Opsoninindex für B. coli, Strepto- und Staphylokokken beträchtlich herabgesetzt waren. Lustgefühle zeigten keinen nachweisbaren Einfluß auf den Immunitätszustand. Manchmal gelingt es sogar, bei geeigneten Versuchspersonen durch hypnotisch und posthypnotisch erregte – von Unlustgefühlen begleitete – Affektzustände einen Herpes labialis zu erzeugen. Es waren dies – das muß besonders betont werden – Personen, die auf spontane Aufregungen mit einem Herpes labialis reagierten. Da dieser hypnotisch oder posthypnotisch erzeugte Herpes auf die Kaninchenkornea übertragbar war, ist es ausgeschlossen, daß es sich bloß um eine der wiederholt beachteten, durch Suggestion aufgetretenen Bläschenbildungen (J. H. Schultz) gehandelt haben könnte.

Erwähnt seien hier die Untersuchungen über den psycho-galvanischen Reflex (Veraguth) und das durch Suggestion bewirkte Verschwinden von Warzen (Bloch u. a.).

In welcher Weise die Tätigkeit der innersekretorischen Drüsen (Nebenniere, Hypophyse, Schilddrüse, Genitalorgane) durch Lust- und Unlustgefühle beeinflußt wird, soll später erörtert werden.

Die bisher besprochenen Arbeiten befaßten sich damit, die Wirkungen psychischer Tätigkeit im allgemeinen oder der Allgemeingefühle und Affekte auf den Organismus bzw. einzelne Organsymptome zu untersuchen. In einer anderen Gruppe von Arbeiten, zum Teil auch in den bereits angeführten Publikationen, wird der Frage nachgegangen, wieweit es möglich ist, durch die in Hypnose erzielte Fiktion „als ob" gewisse Eingriffe in die Körpersphäre erfolgten, Reaktionen zu erzielen, die denjenigen entsprechen, die erfahrungsgemäß der wirklich erfolgte Eingriff auslöst. Begreiflich erscheint uns allerdings die Gleichheit der Reaktionen nach fingiertem (suggeriertem) und tatsächlichem Geschehen vorläufig nur dann, wenn es sich um „bedingte Reflexe" handelt, wenn der Organismus sozusagen bereits Gelegenheit hatte, die dem Eingriff folgenden Vorgänge kennenzulernen, so daß also – wie einleitend erwähnt – das Erleben eines Teiles der Vorgangskette genügt, die ganze Reihe der Vorgänge einschließlich der endlichen Reaktionen ablaufen zu lassen. Wenn z. B. Heyer nach Suggestion der Aufnahme bestimmter Nahrungsmittel in Hypnose qualitätsspezifische Magensaftsekretion feststellen konnte, ist dies unter Zugrundelegung der Pawlowschen Ergebnisse nicht überraschend: wissen wir doch, daß die Stärke der Salivation und die Zusammensetzung des sezernierten Appetitmagensaftes schon beim Anblick verschiedener Nahrungsmittel differiert, daß es also nicht erst der Berührung von Brot, Fleisch usw. mit der Schleimhaut bedarf, um diese zur entsprechenden Sekretion zu bringen. Luckhardt und Johnston beobachteten in Hypnose vermehrte Magensaftsekretion unter der Wirkung von Speisesuggestionen nach einer bestimmten Latenzzeit. Speisenvorstellung in wachem Zustand rief die Sekretionssteigerung sofort, ohne meßbare Latenzzeit, hervor.

In jüngster Zeit wurden die Angaben Heyers über qualitätsspezifische Magensaftsekretion je nach der Art der suggerierten Speise von Delhougne und Hansen bestätigt und auf das Pankreas erweitert. Je nachdem ob Aufnahme von Fleisch, Fett oder Kohlehydrat in Hypnose suggeriert wurde, änderte sich der Gehalt des Pankreassekretes an Trypsin, Lipase und Diastase. Nicht nur die Sekretion, Tonus und Motilität beherrschenden Anteile des vegetativen Nervensystems scheinen den Einwirkungen konkreter psychischer Vorstellungen zu unterliegen, sondern auch jene, die die morphologische Blutzusammensetzung regulieren; konnten doch Bath und F. Glaser nach suggerierter Nahrungsaufnahme sogar die gleiche Verdauungsleukozytose feststellen, wie sie nach tatsächlicher Aufnahme der gleichen Mahlzeit auf-

trat. – Daß auch die Gallensekretion abhängig ist von der Qualität speziell dem Fettgehalt in Hypnose suggerierter Speisen, hat Langheinrich gezeigt; Vorstellung fettfreier Speisen lieferte dünnflüssige hellgelbe, Suggestion fetter Nahrung schwärzliche, zähflüssige Galle.

Ebenso stimmen die Untersuchungen von H. Marx vollkommen mit den theoretischen Forderungen überein. Er suggerierte seinen hypnotisierten Versuchspersonen Wasseraufnahme und fand, wie im reellen Trinkversuch, Polyurie und Blutverdünnung, d. h. Herabsetzung des Hämoglobingehaltes. Es trat also tatsächlich ein Einstrom von Gewebswasser in die Blutbahn ein, wie es nach dem Trinken größerer Flüssigkeitsmengen der Fall ist.

Auch die interessanten Resultate von Geßler und Hansen fügen sich dem Komplex bedingter Reflexe ohne Schwierigkeit ein. Wurde der Grundumsatz nackt im Schnee liegender hypnotisierter Versuchspersonen unter der Suggestion, daß es warm sei, untersucht, fehlte die sonst in der Kälte als Ausdruck chemischer Wärmeregulierung auftretende Stoffwechselsteigerung vollständig. Wurde hingegen bei Zimmertemperatur Kältesuggestion erteilt, traten die wirklicher Kälteeinwirkung entsprechenden Regulationsvorgänge ein, es wurden Grundumsatzsteigerungen von 20–30% erzielt.

Auf welche Weise in Hypnose suggeriertes Fieber entsteht, ob mehr durch Veränderung der chemischen oder der physikalischen Wärmeregulation, geht aus den Angaben von R. Mohr, Kohnstamm und Eichelberg, die beträchtliche Temperatursteigerungen und deren Abfall durch Suggestion des Fieberns und Entfieberns erzielen konnten, nicht mit Sicherheit hervor; daß die Änderung der physikalischen Regulation hierbei eine Rolle spielt, beweisen die Angaben über Blaß- bzw. Rotwerden der Haut, Schüttelfrost bzw. Schweißausbruch.

Nicht entschieden ist vorläufig die Frage, in welchem Maße der Kohlehydrathaushalt suggestiv beeinflußt werden kann. Marcus und Sahlgren konnten durch suggerierte Zuckeraufnahme in Hypnose keine Blutzuckerveränderung erzielen; von den Velden hingegen fand danach Hyperglykämie. Es ist möglich, daß es auch hier individuelle Unterschiede in der Konstanz des Blutzuckerspiegels bzw. in der Labilität des vegetativen Nervensystems sind, die die gegensätzlichen Resultate verursachen. – Schwer verständlich, aber untereinander in Übereinstimmung sind Angaben von Marcus und Sahlgren einerseits, Gigon, Aigner und Brauch andererseits. Erstere konnten die blutzuckersenkende Wirkung einer Insulininjektion dadurch abschwächen, daß sie dem Patienten suggerierten, es sei ihm Wasser, also etwas Wirkungsloses, injiziert worden; letztere Autoren fanden Blutzuckersenkung nach bloßer Suggestion, es sei Insulin injiziert worden; sogar durch die den vier hypnotisierten Diabetikern suggerierte Vorstellung, daß ihr Pankreas

besser arbeite, Blut- und Harnzucker absinke, soll Harn- und Blutzucker herabgesetzt worden sein.

Die Befunde von Marcus und Sahlgren, daß Adrenalin-, Atropin- und Pilokarpininjektionen durch die Suggestion, daß etwas Wirkungsloses injiziert werde, weniger wirksam werden als im Kontrollversuch, scheinen uns vorläufig unerklärlich.

Zahlreich und z. T. noch widerspruchsvoll sind die Resultate über den Einfluß von Suggestionen bestimmter Vorgänge (nicht Allgemeingefühle) auf Puls und Gefäßinnervation. Bekannt sind die überraschenden Ergebnisse Webers, der fand, daß das Armvolumen zunehme, wenn in Hypnose eine mit diesem Arm ausgeführte Tätigkeit suggeriert werde, ja daß sogar in wachem Zustand die genügend intensive Vorstellung einer mit dem betreffenden Arme ausgeführten Bewegung genüge, um die Blutfülle dieses Armes zu erhöhen und den Blutdruck zu steigern. Noch erstaunlicher ist seine Feststellung, daß ausschließlich der psychische Faktor bei der Ausführung von Körperbewegungen, die Aufmerksamkeit, die Intention die Änderung der Gefäßfüllung und die Blutdrucksteigerung herbeiführe. Führte Weber nämlich bei Hypnotisierten ausgiebige Extremitätenbewegungen bei durch Suggestion abgelenkter Aufmerksamkeit aus, fehlte Volumsvermehrung und Blutdrucksteigerung vollständig[1]). Auch Klemperer beobachtete bei Arbeitssuggestion Blutdrucksteigerung. In teilweisem Gegensatz zu diesen Resultaten stehen die Ergebnisse von Deutsch und Kauf, die durch Bewegungs- oder Arbeitssuggestion in Hypnose keine Blutdrucksteigerung, die über die durch Hypnose allein erzielte wesentlich hinausging, nachweisen konnten. Auch Lenk fand, daß Hypnose blutdrucksteigernd wirkt. Dagegen fanden diese Autoren häufig Erhöhung der Pulsfrequenz als Folge von Arbeitssuggestion, ohne daß ein Parallelismus zwischen Größe der suggerierten Arbeitsleistung und Steigerung der Pulsfrequenz nachweisbar gewesen wäre. Auch Hypnose allein erhöht die Pulsfrequenz, woraus Deutsch und Kauf schließen, daß sich der Hypnotisierte in einem affektiven Spannungszustand befinde. Im Gegensatz dazu stehen die Ergebnisse Kirschbergs, daß Hypnose Puls- und Atemfrequenz erniedrigt, den Blutdruck herabsetzt; auch die Blutdruckviskosität wurde in diesen Versuchen um durchschnittlich 11,8 % verringert, was als Zeichen von Entquellung der Blutkolloide aufgefaßt wird. Grafe und Traumann vermißten nach Arbeitssuggestion in Hypnose sichere Veränderungen des Gaswechsels.

Versucht man nun, darüber Klarheit zu gewinnen, auf welchem Wege

[1]) Eine Erklärung könnte die Feststellung von Allers und Scheminzky (Pflügers Arch., 1926, Bd. 212, S. 169) abgeben; vorgestellte Bewegungen gehen mit deutlich nachweisbaren Muskelphänomenen (Aktionsströmen) einher.

psychische Vorgänge in somatisches Geschehen eingreifen, muß man zunächst beachten, daß es möglich ist, die Umsetzung von Lust- und Unlustgefühlen in organische Funktionsänderungen zu hemmen. Hoff und Wermer konnten durch Luminal- oder Medinaldarreichung unmittelbar vor Beginn der Hypnose die sonst durch Lust- und Unlustsuggestionen regelmäßig eintretende Beeinflussung der Magensaftsekretion (Heilig und Hoff) und Nierenfunktion (Heilig und Hoff) aufheben. Verabreichten sie hingegen vor der Hypnose Paraldehyd, war die Wirkung der Lust- und Unlustsuggestionen bedeutend verstärkt. Durch die Untersuchungen von E. P. Pick ist es bekannt, daß Medinal seinen Angriffspunkt in der Gegend des Schlafzentrums hat, während Paraldehyd mehr kortikal angreift. Es ist daher wahrscheinlich, daß in der Nähe des Schlafzentrums eine Schaltstelle liegt, die psychische Erregung mit vegetativem Geschehen verbindet und durch Luminal oder Medinal blockiert werden kann, während Paraldehyd durch Beseitigung der Rindenhemmung die psycho-vegetative Schaltung erleichtert. Von dieser im Zwischenhirn gelegenen Schaltstelle führt der Weg, den Allers von den Zentren zur Peripherie für alle Organ- und Stoffwechselsysteme in erschöpfender Weise geschildert hat, zum vegetativen Nervensystem, das in der Peripherie durch Sympathikus und Parasympathikus die Erfolgsorgane beeinflußt. So läßt sich die Förderung von Magensaftsekretion, von Magen- und Darmperistaltik, die Besserung des Magentonus durch Lustgefühle auf vagale Innervationsverstärkung, die entgegengesetzten Wirkungen der Unlustgefühle durch Erhöhung der Sympathikuswirkung erklären. Ein Teil der beschriebenen Lust- und Unlustwirkungen, wie z. B. die auf die Nierenfunktion, läßt sich auf diese Weise nicht erklären; denn wenn Lustgefühle die Vaguswirkung verstärken, müßten sie die Diurese fördern, wenn Unlustgefühle den Sympathikus erregen, sollten sie Wasser-Kochsalsausscheidung hemmen: wir haben gegenteilige Resultate erhalten. So muß es noch andere Wege geben, auf denen die Psyche den Körper beeinflußt.

Wir wissen, daß die Tätigkeit der endokrinen Drüsen durch psychische Impulse alterierbar ist. So kommt es unter der Wirkung von Affekten zu verstärkter Adrenalinproduktion, wie Elliot, Cannon u. a. im Tierversuch nachgewiesen haben. Auch die Hypophysentätigkeit des Hundes ist durch psychische Erregung beeinflußbar (Hoff und Wermer); wird nämlich ein Hund durch Vorhalten einer Katze gereizt, tritt im Zisternenliquor Pituitrin in vermehrter Menge auf und die Harnsekretion sistiert durch mehrere Stunden. – Daß die Schilddrüsenfunktion psychischen Faktoren unterliegt, geht aus der häufigen Beobachtung hervor, daß Auftreten oder wesentliche Verschlechterung Basedowscher Krankheit im unmittelbaren Anschluß an Affekte meist depressiver Art zu verzeichnen ist. Kohts schilderte die Wirkung des

Bombardements von Straßburg im Jahre 1870 auf die Basedow-Entstehung. Friedemann und Kohnstamm konnten durch psychotherapeutische Maßnahmen schwerste Fälle von Morbus Basedow günstig beeinflussen. Auch die von Grafe und Mayer nachgewiesene Grundumsatzsteigerung bei Depressionssuggestion ist hier zu erwähnen. Mannigfach kann die Tätigkeit der Ovarien durch Affekte modifiziert werden. Angst, Schreck, Depressionszustände können einmal Amenorrhoe, ein anderes Mal, sogar bei der gleichen Person, Blutungen auslösen. Suggestive Verschiebung des Menstruationstermines wurde wiederholt versucht; Brandess scheint die Verlegung in Hypnose gelungen zu sein. Ob und in welcher Weise auch die histologische Beschaffenheit der Uterusmukosa psychogen beeinflußt werden kann, ist noch nicht klargestellt (vgl. A. Mayer). Der enge Zusammenhang zwischen Stillwillen und Laktationsfähigkeit der Mamma wird immer mehr anerkannt. Auch die verschiedenartigen Körperveränderungen, die unter dem Einfluß „eingebildeter Schwangerschaft" beobachtet wurden, zeigen den weitgehenden Einfluß der Psyche auf die weibliche Genitalsphäre ebenso wie das häufige Auftreten von psychogen bedingtem Fluor albus. – Vollkommen unter der Herrschaft psychischer Vorgänge steht schließlich die Funktion des männlichen Genitales. Potenz und Impotenz sind weit mehr Ausdruck psychischen als somatischen Geschehens; Lustgefühle steigern, Unlustgefühle, depressive Affekte, Angst usw. verringern die Potenz (vgl. O. Schwarz). Für die anderen innersekretorischen Drüsen ist psychische Beeinflußbarkeit wohl nicht sichergestellt, aber doch mit größter Wahrscheinlichkeit anzunehmen. Und da die Tätigkeit aller Organe und sämtliche Stoffwechselfunktionen endokrin beeinflußt werden, unterliegt es keinem Zweifel, daß auch auf diesem Wege psychische Impulse somatische Reaktionen herbeiführen können.

Somit dürfte für die psycho-vegetativen Schaltungen folgender Reflexbogen angenommen werden können: Von der Großhirnrinde, wo alle Sinneseindrücke verarbeitet werden, wird der Impuls zu den vegetativen Zentren gesendet; von dort wirkt er auf dem Wege des vegetativen Nervensystems entweder direkt auf die Erfolgsorgane ein, oder er benützt den Weg über die innersekretorischen Drüsen, die dann ihrerseits entweder direkt oder über das vegetative Nervensystem den gesamten Organismus beeinflussen. Die von F. Kraus und S. G. Zondek in zahlreichen Untersuchungen klargestellte Bedeutung der Zusammensetzung des Ionenmilieus für die Arbeitsweise des Organismus kann als dritte Beeinflussungsmöglichkeit des vegetativen Nervensystems angesehen werden; der Zusammenhang ist so vorzustellen, daß mit jeder Reizung des Sympathikus eine Erhöhung der Ca-Ionenkonzentration und eine Zurückdrängung der K-Ionen einherzugehen scheint. Umgekehrt scheint aber auch jeder Vorgang, der an irgend einer Stelle Ca ionisiert, dort zu

einer vermehrten Sympathikuswirkung zu führen. Daß Änderungen der Ca-Konzentration unter psychischem Einfluß erfolgen, hat Glaser festgestellt. Komplizierter sind die Verhältnisse der Wasserstoffionenkonzentration, die schon infolge ihrer engen Beziehung zur Atmung für die Frage seelisch-körperlicher Zusammenhänge noch größere Bedeutung gewinnen wird.

Auf Grund des Vorhergehenden sehen wir, daß die Psyche ständig die gesamte Tätigkeit des Organismus durch psycho-vegetative Reflexe zu regulieren vermag; allerdings sind wohl beim Gesunden der Auswirkung dieser Reflexe Grenzen gezogen, deren Verlauf man durch Einschaltung gewisser Widerstände in der Großhirnrinde und an den Schaltstellen bestimmt denken kann. Beim Neurotiker scheinen die eingeschalteten Widerstände besonders gering, der Ablauf psycho-vegetativer Reflexe besonders erleichtert zu sein (Hoff und Wermer), so daß Lust- und Unlustgefühle ohne Schwierigkeit in physisches Geschehen umgesetzt werden. Deshalb halten wir es für unberechtigt, aus einzelnen dieser somatischen, an der Peripherie ablaufenden Symptome auf die Genese einer Neurose zu schließen. Das für jede Neurose Entscheidende, ihr Primäres, ist der psychische Vorgang, und nur weil dieser beim Neurotiker durch besonders gute Kommunikationen mit dem der exakten Beobachtung zugänglichen Soma verbunden ist, sind dort die Ausschläge so groß, nicht durch Schaltungswiderstände gedämpft wie beim Normalen. Man mag sich vorstellen, daß das Soma des Neurotikers, das nicht nur mit den normalen Anforderungen der physischen und psycho-physischen Korrelationen belastet ist, sondern dessen Funktionen auch von den pathologischerweise in unveränderter Intensität durchgeleiteten psycho-vegetativen Reflexen ständig modifiziert werden, durch diesen abnormen Zustand Schaden erleidet, daß also die kranke Psyche den von ihr beherrschten Körper mit der Zeit umgestaltet; aus dieser Umgestaltung aber auf die Genese der Neurose zu schließen, wäre wohl verfehlt, wenn auch Rückwirkungen des erkrankten Neurotikerkörpers auf die Psyche nicht geleugnet werden sollen; doch sind dies sekundäre Erscheinungen. So erscheint es uns auch unmöglich, einen Neurotiker durch Behandlung seiner somatischen Symptome zu heilen, so notwendig diese Behandlung auch im Einzelfalle ist, da z. B. eine psychogene Innervationsstörung genau solche Beschwerden machen kann, wie eine anatomisch bedingte. Die Heilung des Neurotikers kann nur durch Sanierung seiner psycho-pathologischen Persönlichkeit erzielt werden.

LITERATUR

Adlersberg, D. und O. Porges, W. Arch. f. inn. Med., Bd. 8.
Allers, R., Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., 1920, Ref. u. Erg. Bd. 19, S. 209, 321.
Astruck, P., M. m. W., 1922, Bd. 69, S. 1730.

Bath, E., D. m. W., 1924, Bd. 50, S. 336.
Becker, F. C. und O. Olsen, Skand. Arch. f. Phys., 1914, Bd. 8, S. 105.
Beckmann, D. Arch. f. kl. Med., 1915, Bd. 117.
Benedict und Carpenter, U. S. Dep. of agricult. office of exp. Stat. Bull., 1909, Bd. 208, zit. n. E. Grafe, l. c. S. 420.
Berger zit. n. P. Schilder in O. Schwarz, l. c. S. 45.
Bergmann und Katsch, D. m. W., 1913, Bd. 39, Nr. 27.
Bickel, A., D. m. W., 1905, Bd. 31, S. 1029, 1906, Bd. 32, S. 1324.
Bogen, Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol., Bd. 117, S. 150.
Borchardt, Kl. W., 1928, Bd. 7.
Bornstein, R., B. kl. W., 1898, Bd. 35, Nr. 36.
Brandess, M. m. W., 1923, Bd. 70, S. 975.
Braun, L. in O. Schwarz, l. c. S. 178, 217.
Bruns, O., Zbl. f. Herz- u. Gefäßkrkh., 1924, Bd. 16, S. 309.
Cade und Latarjet, Journ. de phys. et de path., 1905, S. 220.
Cannon, W. B., Americ. Journ. of Physiol., 1911, Bd. 27, S. 64.
Cavazzani zit. n. E. Grafe, l. c.
Delhougne, F. und K. Hansen, D. Arch. f. klin. Med., 1927, Bd. 157, S. 20.
Deutsch, F., W. kl. W., 1925, S. 1127.
Deutsch, F. und E. Kauf, Zschr. f. d. ges. exp. Med., 1923, Bd. 32, S. 197.
Deutsch, F. und E. Kauf, Zschr. f. d. ges. exp. Med., 1923, Bd. 34.
Eichelberg, Zschr. f. Nervenhlk., 1921, Bd. 68/69, S. 352.
Elliot, Journ. of Physiol., 1912, S. 44.
Friedemann, M. und O. Kohnstamm, Zschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychol., 1914, Bd. 23, S. 357.
Geßler und K. Hansen, D. Arch. f. kl. Med., 1927, Bd. 156, S. 352.
Gigon, A., E. Aigner und W. Brauch, Schw. m. W., 1926, Bd. 56, S. 749.
Glaser, F., M. Kl., 1924, Bd. 20, S. 531; Kl. W., 1924, Bd. 3, S. 1492, 1927, Bd. 6, S. 2377.
Grafe, E., Die pathologische Physiologie des Gesamtstoff- und Kraftwechsels bei der Ernährung des Menschen. J. F. Bergmann, München 1923, S. 411–430.
Grafe, E. und L. Mayer, Zschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychol., 1923, Bd. 86, S. 247.
Grafe, E. und E. Traumann, Zschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychol., 1920, Bd. 62, S. 237.
Hansen, K., D. m. W., 1927, Bd. 53, S. 1462.
Heilig, R. und H. Hoff, M. Kl., 1925, Bd. 21, S. 162.
Heilig, R. und H. Hoff, D. m. W., 1925, Bd. 51, S. 1615.
Hering, E. H., M. m. W., 1916, Bd. 63, S. 521.
Heyer, C. R., Arch. f. Verd.-Krkh., 1920, Bd. 27, S. 227, 1921, Bd. 29, S. 11.
Heyer, C. R., Kl. W., 1923, Bd. 2, S. 2274.
Heyer, C. R., Das körperlich-seelische Zusammenwirken in den Lebensvorgängen. J. F. Bergmann, München 1925.
Heyer, C. R. und W. Grote, Schw. m. W., 1923, Bd. 53, S. 283.
Hippel zit. n. P. Schilder in O. Schwarz, l. c. S. 45.
Hoff, H. und P. Wermer, Biol. Ges. Wien, 1927, im Druck.
Hoff, H. und P. Wermer, Kl. W., 1928, Bd. 7.
Kestner, O. und O. W. Knipping, Kl. W., 1922, Bd. 1, S. 1353.
Kirschenberg, E., Fol. neuropath. estoniana, 1925, H. 3/4, S. 366, Ref. Zbl. f. d. ges. Neurol. u. Psychol., 1925, Bd. 41, S. 376.

Klemperer, 24. Kongr. f. inn. Med., 1907.
Knauer und Billigheimer, Zschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychol., 1919.
Kohts, B. kl. W., 1873, Bd. 10, S. 277.
Kretschmer, M. und R. Krüger, Kl. W., 1927, Bd. 6, S. 695.
Langheinrich, M. m. W., 1922, Bd. 69, S. 1527.
Laudenheimer, R., M. m. W., 1925, Bd. 72, S. 1843.
Lenk, E., D. m. W., 1920, Bd. 46, S. 1080.
Luckhardt, A. B. und R, L. Johnston, Am. Journ. of Physiol., 1924, Bd. 70, S. 174.
Marcus, H. und E. Sahlgren, M. m. W., 1925, Bd. 72, Nr. 381, S. 1457.
Marx, H., Kl. W., 1926, Bd. 5, S. 92.
Mayer, A. in O. Schwarz, l. c. S. 295.
Mohr, R., M. m. W., 1914, Bd. 61, S. 2030.
Oechsler zit. n. F. Mohr, Kl. W., 1927, Bd. 6, S. 772.
Pick, E. P., W. kl. W., 1927.
Rumpf, Th., Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol., 1884, Bd. 33, S. 538.
Schilder, P. in O. Schwarz, l. c. S. 30.
Schilder, P. und O. Kauders, Lehrbuch der Hypnose. Jul. Springer, Berlin 1926.
Schrottenbach, Zschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychol., 1921, Bd. 69, S. 254.
Schultz, J. H., Seelische Krankenbehandlung. Gustav Fischer, Jena 1922.
Schwarz, O., Psychogenese und Psychotherapie körperlicher Symptome. Jul. Springer, Wien 1925. S. 345.
v. d. Velden, Verhandl. d. Ges. f. Verd.- u. Stoffw.-Krankh., 7. Tagung, Wien 1927, S. 275.
Weber, E., Mschr. f. Psychol. u. Neurol., 1906, Bd. 20, S. 528.
Weber, E., Der Einfluß psychischer Vorgänge auf den Körper usw. Jul. Springer, Berlin 1910.

REFERATENTEIL

I. Allgemeines

*Bosanquet, B., The Principle of Individuality and Value (Das Prinzip von Individualität und Wert). Macmillan & Co., London 1927. 447 S. Preis sh. 12/6.

Die im Titel genannten Begriffe gehören sicherlich zu den augenblicklich meist ererörterten; hängen doch mit ihnen letztlich alle Fragen zusammen, die auf Ganzheit, Finalität usw. gehen und nicht nur in Philosophie, sondern ebenso in Psychologie, Biologie und Soziologie die Diskussionen beherrschen. So ist es sehr lehrreich zu sehen, wie sich die gleichen Probleme von einem ganz anderen Standpunkt aus gesehen darstellen. Den des Verf. kurz zu kennzeichnen, ihn etwa einfachhin einer „Schule" zuzurechnen, geht nicht an. Am ehesten darf man von einem, freilich in eigenartiger Weise ausgestalteten Neu-Hegelianismus reden, soferne gewisse von Hegel angelegte oder ausgesprochene Grundgedanken aufgenommen werden und insofern eine platonisch-aristotelische Synthese angestrebt wird. Methodisch bedeutsam ist der oft wiederholte Grundsatz, daß das Wesen der Menschen nur dort wirklich gesehen werden könne, wo es sich in Höhenpunkten aufgipfle, nicht aber im Minderwertigen und Defekten; im Zustande der Vollendung wird das Gesetz des Ganzen anschaubar, nicht im Unvollendeten und Fragmenthaften. Das Einzelne bekommt nur Sinn durch das Ganze; Logik ist der Geist der Ganzheit, die Anspannung auf Selbst-Vervollständigung hin; dort ist das Prinzip von Wirklichkeit, Wert und Freiheit aufzusuchen. Denken ist immer ein System zusammenhängender Glieder und strebt nach der Form einer „Welt", ist nicht die Reproduktion einer Wirklichkeit unter Hinweglassung von Elementen, sondern das Organisieren von Welten, deren Bestandteile so neue Bedeutung erlangen. Handeln ist die Neugestaltung einer Welt gemäß ihres eigenen Gesetzes, als freie Ursache. Zwischen Individualität und allgemeinem Gesetz besteht keinerlei Unverträglichkeit (hier finden sich zur Logik und Wissenschaftslehre äußerst anregende Bemerkungen). Teleologie reicht als metaphysisches Prinzip nicht aus; das Universum steuert und erfährt sich selbst als ein Ganzes (B. ist aber weit entfernt, in einem Panpsychismus zu verfallen, dem er vielmehr einige treffende Kritik widmet). Im Leib-Seele-Problem sieht B. das Seelische als eine höhere Form der Einheit – der Leib ein kausales, die Seele ein logisches System; diese ist nicht Wirkung, sondern Bedeutung und Interpretation des Körpers. Die Struktur der Wirklichkeit kann im Selbstbewußtsein und nur in ihm erschaut werden. Die Ausführungen über Widerspruch und Negation, leider nicht wiederzugeben, zeigen am deutlichsten den Einfluß Hegels. Die 6. der 10 Vorlesungen behandelt die Stellung des endlichen Geistes zum Absoluten, die folgende Individualität als Kriterium des Wertes. Wert haftet immer am Ganzen; dieses ist ein logisches System. Werte können erkannt werden, weil die Gegenstände unseres Schätzens und Ablehnens so viel an Zufriedenstellung (satisfactoriness) enthalten, als ihnen Wirklichkeit und Wahrheit innewohnt. Die beiden letzten Vorlesungen, Freiheit und Initiative; Natur, das Selbst und das Absolute führen in metaphysische Erwägungen – übrigens sehr klare und gut fundierte – hinein und

bereiten auf die Fortsetzung dieser in Edinburgh gehaltenen Vorlesungen (über Wert und Schicksal) vor. B., dem die englische philosophische Literatur eine Reihe bedeutender Werke verdankt, hat in dieser sehr durchsichtig aufgebauten Vorlesungsreihe sicherlich einen sehr wertvollen und ernstlich zu beachtenden Beitrag zu dem Problem geliefert. R. Allers-Wien.

*Clemen, Carl (Bonn). Die Anwendung der Psychoanalyse auf Mythologie und Religionsgeschichte. Akadem. Verlagsges., Leipzig 1928. III u. 128 S. Preis RM. 5,80. Auch Arch. f. d. ges. Psychol., 1928, Bd. 61, H. 1 u. 2, S. 1–128.

Absicht dieser, auf eine gründliche Kenntnis aller einschlägigen Arbeiten gestützten Studie ist es, die Beiträge psychoanalytischer Forschung zur Mythologie und Religionsgeschichte nicht nur mit sachlichen Argumenten, sondern unter Zugrundelegung der psychoanalytischen Theorien nachzuprüfen. Verf. beschränkt sich dabei auf die außerbiblische Religionsgeschichte. Kennzeichnend für die exakte Art seines Arbeitens ist, daß er fast alle Stellen der ethnologischen usw. Literatur, auf die die Psychoanalytiker sich beziehen, genau zitiert, dort, wo ihm die Übersetzung des betreffenden Autors zweifelhaft erscheint, im Originalwortlaut. Behandelt werden in 7 Abschnitten: die Ödipussage, die Sagen aus der Kindheit von Helden, Totem und Tabu, Couvade, Pubertätsriten, die Schätzung der Erde, Trauer und Bestattungsgebräuche. In einer kurzen Einleitung werden die Grundzüge der Analyse, der Verf. ablehnend gegenübersteht, angedeutet, sofern sie sich auf das Hauptthema beziehen. Im folgenden aber wird die Gültigkeit der Analyse als psychologischer Theorie vorausgesetzt und nur nach ihrer Auffassung mythologischer und ethnologischer Fakten gefragt. Gezeigt soll werden, daß diese Auffassung aus dem vorliegenden Materiale, wie es die ps.-a. Schule verwertet, nicht bewiesen werden könne, vielmehr andere Auffassungen durchwegs näher lägen, und daß das Tatsachenmaterial vielfach unvollständig benutzt und falsch verstanden worden sei: So wird gegen Freuds Anschauung vom Wesen des Totems geltend gemacht: Die Identität von Vater und Totem ist nicht bewiesen, es gibt keine Totemmahlzeit (sie angenommen zu haben ist ein faktischer Irrtum), Exogamie und Totemismus brauchen nicht innerlich zusammenzuhängen, die Hypothese von der Urhorde ist zu bestreiten, die Psychologie, welche den den Urvater erschlagenden Söhnen zugeschrieben wird, ist unwahrscheinlich, die Annahme einer Massenpsyche unbegründet. Besonderen Wert legt Verf. (mit Recht) auf immanente Kritik, darauf, daß sich innerhalb der ps.-a. Lehre selbst über diese Hypothesen mannigfache Widersprüche und Unvereinbarkeiten finden. Die Deutung der Sagen mit Hilfe des Ödipuskomplexes kann nur für einen bei Hesiod (und ähnlich bei manchen Primitiven) vorkommenden Mythos, ferner für eine vom Verf. selbst beigesteuerte buddhistische Anschauung anerkannt werden; in allen übrigen Fällen zeigt sie sich als unbeweisbar, ja als unhaltbar. Trotz aller Anerkennung, die Verf. dem ernstlichen Bemühen der ps.-a. Schule und vor allem den Gedankengängen und den kritischen Versuchen Freuds (der selbst alle Einwände immer gesehen habe) zollt, erscheint ihm der „neue Weg", den Reik der Religionswissenschaft zeigen wollte, als ein Irrweg. R. Allers-Wien.

II. Psychologie

a) allgemeine

*Seifert, Friedrich (München), Psychologie. Metaphysik der Seele. R. Oldenbourg, München 1928. 97 S. Preis RM. 4,60. (Sonderausgabe aus Handb. d. Philos. Abt. III.)

Wer einen Überblick über die Tatsachen der Psychologie von dieser Schrift erwartet, wird enttäuscht sein. Sie gibt ganz anderes, viel Wertvolleres, nämlich einen historisch-kritischen Aufbau der Grundgedanken aller psychologischen Forschung überhaupt. Wenn, wie man allerorten hört, eine „Krisis der Psychologie" besteht, so ist Besinnung aut die kategorialen Grundlagen dringendes Gebot; solche Besinnung aber muß nach dem Gehalt der tatsächlich im Gebrauche stehenden Begriffe fragen, und kann diese Frage ohne Rückgang auf deren historisches Gewordensein nicht beantworten. Darum erscheint mir diese Schrift, der übrigens seltene Klarheit und Prägnanz des Ausdruckes eignet, als gerade heute ungemein wichtig. Sie schließt sich, was Reichhaltigkeit des verarbeiteten Materiales und Übersichtlichkeit des Aufbaues betrifft, würdig den besten Arbeiten dieses vorzüglichen Sammelwerkes an. Da es an Darstellungen übergreifender Art der neueren Psychologie nicht mangelt, legt Verf. das Hauptgewicht auf die älteren psychologischen Lehren, die er, mit Aristoteles beginnend, über Plotin, Augustin, die Frühscholastik und die arabischen Denker zur Hochscholastik und von dort zur Neuzeit führt. Der historisch Interessierte wird in dem prachtvollen Kapitel über Augustinus manches ganz Neuartige finden; sehr mit Recht zieht Verf. außer den gewöhnlich für die augustinische Psychologie angeführten auch noch andere Schriften des Heiligen heran. Im Abschnitte Neuzeit zeigen schon die Überschriften den Abriß der Entwicklung psychologischer Lehren: Die Psychologie zwischen Metaphysik und Naturwissenschaft, als Naturwissenschaft der Seele, zwischen Naturwissenschaft und Geisteswissenschaft. Jedem, der für die Frage nach dem Sinn geistesgeschichtlichen Geschehens und für die Problematik unserer Tage empfänglich ist, sei diese Schrift nachdrücklichst empfohlen. R. Allers-Wien.

*Brentano, Franz, Vom sinnlichen und noetischen Bewußtsein (Psychologie, Bd. 3). I. Teil: Wahrnehmung, Empfindung, Begriff. Mit ausführlicher Einleitung und Anmerkungen, herausgegeben von O. Kraus. (Philosoph. Bibl., Bd. 207.) XLVIII und 191 Seiten. Felix Meiner, Leipzig 1928. Preis geh. RM. 7.–, geb. RM. 8.80.

Je mehr man die Gedankenwelt Brentanos kennenlernt, desto mehr wird man inne, einmal, wie so manches, gerade das Bedeutsamste im heutigen psychologischen und philosophischen Denken auf ihn zurückgeht, von ihm eigentlich schon formuliert wurde, sodann, wie oft seine Auffassungen mißverstanden wurden. Man ist dem verdienstvollen Herausgeber und getreuen Interpreten zu großem Danke verpflichtet, daß er in diesem Bande die durchaus unveröffentlichten Beiträge Br.s über innere und äußere Wahrnehmung, sinnliches und noetisches (von unanschaulichen Gegenständen) Bewußtsein mit ihren zahlreichen Beiträgen zu großenteils höchst aktuellen Problemen zusammengestellt, geordnet und mit einer lehrreichen Einleitung sowie mit ausführlichen Anmerkungen (63 Seiten) versehen hat. – Wir können hier nur die behandelten Themata, zur Not noch die leitenden Gesichtspunkte, von denen aus sie betrachtet werden, nennen. Die innere Wahrnehmung, die ihr ausschließlich zukommende Evidenz, welche über den aktuellen Bewußtseinsbestand, bzw. als uns ihn habende, nicht hinausgehen kann, nicht aber Erinnertes mit umfaßt. Diese unmittelbare Evidenz kommt auch unterscheidenden und prädikativen Urteilen nicht zu, wiewohl manche ihrer gewisse Evidenz beanspruchen dürfen. Das sekundäre Bewußtsein (des Aktes um sich selbst) begleitet ausnahmslos jede Wahrnehmung. Das äußere, primäre Objekt ist modo obliquo, das innere modo recto gegeben; diese Unterscheidungen werden zu einer tiefgehenden Analyse des Zeitbewußtseins verwendet. Die „Phänomenognosie des sinnlichen und noetischen Bewußtseins" des zweiten Abschnittes stellt fest, daß der Denktätige zumindest auf ein primäres und ein sekundäres Objekt sich

beziehe, ferner auf dasselbe Objekt in mehrfacher Weise. Davon ist das Vorstellen von Urteilen und Gemütsbeziehung vorausgesetzt; nur diesen eignen gegensätzliche Beziehungsweisen (Bejahen – Verneinen, Lieben – Hassen), jenem der Unterschied der modi obliquus und rectus und der Temporalmodi. Die primären Objekte zerfallen in farbige, tönende und Spürqualitäten; sie sind sämtlich qualitativ bestimmt, gestaltet, örtlich bestimmt, besitzen Intensität, die als „Dichtigkeit der Erscheinung im Sinnesfeld" aufgefaßt wird. Neben das Qualitativ-Räumliche der nichtpsychischen sensitiven Objekte tritt die Betrachtung der psychischen sensitiven Objekte, der Sinnesempfindungen als Objekte innerer Wahrnehmung. Der Unterschied von Vorstellung, Urteil und Gemütstätigkeit reicht in das Gebiet der Empfindung hinein. Besonders wichtig erscheint mir die Fortführung dieser Gedanken in dem Abschnitte über den Abstraktionsprozeß. Es gibt Allgemeinvorstellungen, die nicht durch Abstraktion gewonnen werden. Die Anschauungen haben überhaupt nur Allgemeines zum Objekt. Von hier aus gelingt eine bedeutsame Betrachtung des Raum- und Zeitproblemes, die in einer über das Zeitlich-Absolute gipfelt. – Dieser Band besitzt eine über seine sozusagen historische weit hinausgehende Wichtigkeit. Nicht nur weil wir Br. als den vornehmsten Initiator heutiger philosophischer und psychologischer Denkweisen erkennen, sondern weil er viele aktuelle Probleme in originellster Art weitergedacht und weil er es verstanden hat, sie in der Einheit eines Systems zu sehen, werden seine Ausführungen wohl in Bälde einen bestimmenden Einfluß auf die Gestaltung psychologischer Anschauungen gewinnen. R. Allers-Wien.

Freud, Sigm., Der Humor. Imago, 1928, Bd. 14, H. 1, S. 1–6.

Die Untersuchung knüpft an F.s Buch über den Witz an. Das Wesen des Humors besteht darin, „daß man sich die Affekte erspart, zu denen die Situation Anlaß gäbe". Es kommt ihm nicht nur etwas Befreiendes zu, wie dem Witz und der Komik auch, sondern gleichzeitig etwas „Großartiges und Erhebendes". Das Großartige liegt offenbar „in der siegreich behaupteten Unverletzlichkeit des Ichs". Durch die Abweisung der Realitätsansprüche und die Durchsetzung des Lustprinzips nähert sich der Humor den regressiven Prozessen, der Neurose, der Psychose, dem Rausch, der Ekstase oder allgemein: „der großen Reihe jener Methoden, die das menschliche Seelenleben ausgebildet hat, um sich dem Zwang des Leidens zu entziehen". Wer sich gegen andere humoristisch einstellt, benimmt sich gegen sie wie der Erwachsene gegen das Kind, „indem er die Interessen und Leiden, die diesem groß erscheinen, in ihrer Nichtigkeit erkennt und belächelt". Der andere, wesentlichere Fall, in welchem die eigene Person zum Gegenstand der humoristischen Einstellung wird, erhält seine dynamische Aufklärung durch die Annahme, daß „die Person des Humoristen den psychischen Akzent von ihrem eigenen Ich abgezogen und auf ihr Über-Ich verlegt habe".

H. Hartmann-Wien.

Freud, Sigm., Ein religiöses Erlebnis. Imago, 1928, Bd. 14, H. 1, S. 7–10.

Ein amerikanischer Arzt teilt Freud, in der Absicht, ihn für den christlichen Glauben zu gewinnen, ein religiöses Erlebnis mit, das ihm selbst widerfahren ist: Angesichts der zur Obduktion bestimmten Leiche einer „lieben alten Frau" mit „entzückendem Gesicht" seien einst Zweifel an dem Dasein Gottes in ihm aufgetaucht; dieser furchtbare Eindruck schien ihm unvereinbar mit dem Glauben an die Existenz Gottes. Aber dann sprach zu ihm eine innere Stimme, und im Verlauf der nächsten Tage machte Gott es seiner Seele klar, „daß die Bibel Gottes Wort, und daß Jesus unsere einzige Hoffnung ist". An diese Mitteilung schließt Freud eine kurze Analyse: es handelt sich offenbar um eine Wiederholung der Ödipussituation („Vater und

Gott sind bei ihm noch nicht weit auseinandergerückt"), und der Ausgang ist „der durch das Schicksal des Ödipuskomplexes vorherbestimmte: völlige Unterwerfung unter den Willen Gott-Vaters". Freilich dürfe man nicht erwarten, daß alle religiösen Bekehrungserlebnisse sich so leicht durchschauen ließen.

H. Hartmann-Wien.

*Schneider, Kurt (Köln), Zur Einführung in die Religionspsychopathologie. 59 Seiten. J. C. B. Mohr, Tübingen 1928.

Nicht Religion durch Hinweis auf Psychopathologisches zu erklären, sondern eine Beschreibung religiöser Erlebnisse in abnormen Seelenzuständen ist die Absicht der Schrift. Sie wird erreicht, indem die Eigenart dieses Erlebens bei angeborenem Schwachsinn, psychopathischen Persönlichkeiten, abnormen seelischen Reaktionen, unmittelbaren (z. B. Paralyse) und mittelbaren (Infektionskrankheiten) Hirnstörungen, Epilepsie, Zyklothymie und Schizophrenie behandelt werden. Die für Ärzte, vornehmlich aber auch für Theologen gedachte Abhandlung ist klar und auch für erstere vielfach lehrreich. R. Allers-Wien.

b) experimentelle

*Bericht über den X. Kongreß für experimentelle Psychologie in Bonn 1927, herausgegeben von E. Becher. 200 Seiten. Gustav Fischer, Jena 1928. Preis RM. 10.–.

Wie alle Tagungen der Ges. f. exp. Psychol., so hat auch diese reichlichen Gewinn gebracht. Der Bericht enthält neben 34 Einzelvorträgen 2 Sammelreferate, deren erstes, von Ch. Bühler-Wien verfaßt, die bedeutungsvolle Frage der Sozialpsychologie behandelt (S. 1–22). Drei Anregungen führen zu einem Versuche experimenteller Studien: die systematische Beobachtung des Verhaltens der Lebewesen, die Soziologie, die Völker- und Massenpsychologie, die aber gegenüber den anderen zurücktritt. Diese bedingen eine biologische und eine kulturelle Fragestellung, anhebend einerseits mit dem Problem des Instinkts, andererseits mit dem des Verstehens und der Gemeinschaft. Entsprechend bespricht das Referat im ersten Teil die sozialen Instinkte (der Kommunikation, der Ordnung des Zusammenseins, der Flucht und Abwehr), denen soziale Grundverhältnisse entsprechen: Angreifer – Beute, Angreifer – Konkurrent, Geschlechtspartner, hilfreiche Artgenossen, Eltern – Junge. Positive Gemeinschaftsbildung beruht auf: Sympathie, Verstehen, Vertrauen. Dem Verstehen ist ein eigener Exkurs gewidmet. Den Abschluß bilden interessante Ausführungen über die Erschließung (die Liebe ist der ursprünglichste, umfassendste wertverleihende soziale Akt) und eine Zusammenfassung der wenigen bis nun vorliegenden Experimentaluntersuchungen. 189 Literaturangaben. Fr. Sander-Leipzig spricht über: Experimentelle Ergebnisse der Gestaltpsychologie (S. 23–87, 634 Literaturangaben), wobei vornehmlich auf die experimentellen Ergebnisse, nicht auf Theorien Gewicht gelegt wird. Eine ausgezeichnete Übersicht, die sich aber gerade ihrer Reichhaltigkeit wegen der Wiedergabe entzieht. – Von den Einzelvorträgen seien als hier interessierend genannt: Ebbecke-Bonn, Bedeutung der Untersuchungen über die innere Sekretion für die Psychologie; Erismann-Innsbruck, Mit wieviel Jahren beginnen die Kinder logisch zu schließen; (6–7)? Giese-Stuttgart, Erlebnisformen des Alterns; Goldstein-Frankfurt a. M., Über den gegenseitigen Einfluß motorischer und sensorischer Vorgänge; Jaensch-Marburg, Psychologische Typenforschung und Wertphilosophie, mit besonderer Rücksicht auf die Fragen der Religionspsychologie (den psychischen und psychophysischen Typen entsprechen verschiedene Arten des Werterlebens); Katz-

Rostock, Die Fragen des Kindes; Stern-Hamburg, Theorie der Intelligenz; Störring-Bonn, Zur Frage der geisteswissenschaftlichen und verstehenden Psychologie.

R. Allers-Wien.

Bibring-Lehner, Grete, Über die Beeinflussung eidetischer Phänomene durch labyrinthäre Reizung. Zschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr., 1928, Bd. 112, H. 3/4, S. 496–505.

Versuche, im Anschluß an E. R. Jaensch, an 5 Kindern und 29 Erwachsenen deckten unter letzteren 11 Eidetiker auf. Mit Rücksicht auf die von Dittler (Zschr. f. Psychol., 1921) beschriebene Beeinflussung von Nachbildern durch Drehung wurde das Verhalten der Anschauungsbilder untersucht, sowohl wenn diese vor, als wenn sie nach zehnmaliger Umdrehung erweckt wurden. Die Anschauungsbilder werden zum Teil in gleicher Weise wie die Nachbilder beeinflußt, zum Teil zeigen sich Abweichungen. Insbesondere tritt, vornehmlich bei Entwicklung der Bilder nach dem Drehen, lebhafte Unruhe auf, Vervielfältigung der Details, Bewegungen, Verkleinerung. Die Anschauungsbilder sind zum Unterschied von den Nachbildern einer Verarbeitung unterworfen, welche Verf. dem Primärvorgange der Freudschen Traumtheorie analogisiert. Auch glaubt Verf. in einzelnen Protokollen die Mechanismen der Verschiebung und Verdichtung nachweisen zu können. Bewegungserlebnisse sind besonders primitiv und demgemäß besonders leicht verschiebbar und transponierbar.

R. Allers-Wien.

c) angewandte

Eliasberg, W. (München), Zur Kulturgeschichte der Psychotechnik. Ein Beitrag zur Entwicklung des europäischen Bewußtseins. Ethos, 1928, 11. Jahrg., H. 4/5, S. 344 bis 355.

Schon das griechische Aufklärungszeitalter bringt eine Reihe von Leitfäden der Sachtechnik hervor: Tanzkunst, Kochkunst, Städtebaukunst usw., und auch die Kunst des Wortstreites werden in einem System von empirischen Lehrsätzen dargestellt. Auch eine wirtschaftlich gerichtete Technik der Menschenbehandlung entsteht im Altertum: die Sklavenpsychotechnik; aber diese ist reine Sachtechnik, denn der Sklave ist lediglich das Instrumentum vocale, das stimmbegabte Werkzeug, auf dessen Eigentümlichkeiten Rücksicht genommen werden muß. Das neue Lebensgefühl der Renaissance läßt weitere psychotechnische Versuche entstehen, wie das im 16. Jahrhundert von Johann Huart, einem griechischen Arzt, geschriebene Buch beweist, das Lessing unter dem Titel: „Johann Huarts Prüfung der Köpfe zu den Wissenschaften" ins Deutsche übertrug. Die erwachsende Menschenkenntnis hat aber zunächst nur den politischen Menschen im Auge, wie Machiavellis Principe und die diplomatischen Berichte der venetianischen Gesandten und die Maximen und Reflexionen von La Rochefoucauld beweisen. Die Psychotechnik „als ein System von Mitteln, den Durchschnittsmenschen und die Berufsarbeit besser als es durch die natürlichen Auslesehilfsmittel geschah, einander anzugleichen, und zwar sowohl zu individuellen wie sozialen Zwecken", ist ein Kind des 19. Jahrhunderts. Sie ist gewissermaßen die letzte Tat des Glaubens an das Prinzip von der Harmonie der Interessen und soll nach Münsterberg „das übervolle Maß der seelischen Unbefriedigung an der Arbeit aus der Welt schaffen". Hier steht zum erstenmal Menschentechnik im Gegensatz zur Sachtechnik. Vom Menschen hat sie kein eigenes Bild aufgestellt, sondern sie sieht ihn, wie ihn die Wirtschaft sieht, als Betriebsfaktor, der für sich einen bestimmten Ertrieb liefern muß, den die Psychotechnik in Sachgütern

zu bestimmen wünscht. Sie untersucht nicht die Eignung im wirtschaftlich leeren Raum, sie hat es mit der Vorhersage der wirtschaftlichen Leistung und der möglichst günstigen Durchführung im Betriebe selbst zu tun. Auch den Gegensätzen und Gegebenheiten des Wirtschaftslebens, wie den Gegensätzen zwischen privatwirtschaftlichen und volkswirtschaftlichen Interessen, den Klassengegensätzen, den Erfordernissen des Arbeitsmarktes, den traditionellen Momenten usw. sucht die Psychotechnik durch ihre soziale Organisation in zunehmendem Maße gerecht zu werden. Zum Ausbau ihrer Organisation ist notwendig, daß sie die Bewährungskontrolle durchführe. Das Versagen der Psychotechnik in Rußland, wie auch ihre Stellung in Deutschland ist sehr lehrreich. Nach dem Kriege mehren sich in Deutschland die Anzeichen dafür, daß der offizielle Sozialismus die Produzenteninteressen immer stärker zurücktreten läßt. Die Arbeit ist Pflicht, aus jedem Arbeiter muß herausgeholt werden, was irgend geht. Der Konsum ist das wahre Leben. So berührt sich diese modern-sozialistische Lebensauffassung mit der modernisierten liberalen (z. B. Ludwig Mises). Der offizielle Sozialismus hat mit der Psychotechnik Frieden geschlossen; das Mißtrauen der Gewerkschaften bezieht sich nur auf ihre soziale Organisation. Der einzelne Arbeiter jedoch steht der Psychotechnik mißtrauisch und ablehnend gegenüber, er fürchtet gesteigerte Ausbeutung, die Ausdehnung der Macht des anderen Teiles, hat ein irrationales Mißtrauen gegen Organisation überhaupt und will die Entschleierung der Persönlichkeit abwehren. Die der Psychotechnik günstigen Momente bei den Gewerkschaften sind das Konsumenteninteresse, der „Glaube an die Wissenschaft" und die Überzeugung, daß die Sozialisierung der Psychotechnik alle Schwierigkeiten beseitigen werde. Daß dies nicht der Fall ist, zeigen Rußland und eine Studie von Kurt Lewin, Sozialisierung des Taylorsystems. Fr. Sack-Wien.

*Freeman, Frank N. (Chicago), Mental Tests, their History, Principles and applications (Geschichte, Prinzipien und Anwendungsgebiete der Testmethoden). Harrap & Co., London 1927. IX und 503 Seiten, mit 31 Figuren und 38 Tabellen. Preis sh. 8/6.

Das Buch gibt eine ganz ausgezeichnete Übersicht über alles, was in Amerika auf dem Gebiet der Tests bisher gearbeitet wurde. Eine historische Einleitung berücksichtigt auch die ersten europäischen Ansätze. Darauf folgt eine kritische Zusammenstellung der wichtigsten amerikanischen Versuche. Insbesondere der Bericht über die Durchtestung der ganzen amerikanischen Armee während des Krieges ist bemerkenswert. Das Kapitel über Wille, moralisches und ästhetisches Empfinden hingegen zeigt in seiner Dürftigkeit, daß zur Erfassung der aktiven Persönlichkeit in dieser Richtung noch kein Weg führt. Dann behandelt F. die Technik der Anlegung und Standardisierung der Tests. Dabei hält er sich nicht nur wohltätig von der Kochbuchmethode anderer amerikanischer Autoren fern, sondern weiß die ganzen Probleme außerordentlich klar darzulegen. Hier, insbesondere im Kapitel über Test und geistiges Wachstum, wird auch der Fachmann manches Neue finden. Die abschließenden Kapitel über das Intelligenzproblem fassen in besonnener Weise die seit Jahren dauernde amerikanisch-englische Intelligenzdiskussion zusammen. Es ist unmöglich, die Fülle des Materials in kurzem auch nur anzudeuten, das Buch sei jedem praktischen Psychologen aufs wärmste empfohlen. P. Lazarsfeld-Wien.

d) Entwicklungspsychologie

Kerrl, Th., Das Schlagwort in der Pädagogik der Gegenwart. Festschrift zu Johannes Rehmkes 80. Geburtstag. „Grundwissenschaft" (Zschr. d. Johannes-Rehmke-Gesellschaft), 1928, Bd. 8, S. 211–217.

Verf. unterzieht die drei pädagogischen Schlagwörter von der „Lernschule", „Arbeitsschule" und „Lebensschule" einer grundlegenden Untersuchung. 1. Der Ausdruck „Lernschule" oder auch „Lehrschule" ist in neuerer Zeit von ihren Gegnern, den Vertretern der „Arbeitsschule", geprägt worden. Diese wollen damit andeuten, daß nach ihrer Ansicht die „Lernschule" die Kinder viel und Unverstandenes auswendig lernen lasse, in einseitiger Weise die Vermittlung des Wissens bei Vernachlässigung der Gemüts- und Willensbildung bevorzuge, ein Wissen ohne Können vermittle, ein Vielwissen auf Kosten der Gründlichkeit und Sicherheit desselben erzeuge, und endlich als „Lehrerschule", in der das Kind mehr minder passiv sei, die Spontaneität der Kindesseele völlig unberücksichtigt lasse. Verf. geht zunächst auf eine Klärung des Begriffes Wissen ein. Nach J. Rehmke bedeutet Wissen allgemein Bewußtsein, Wissen ist das Wesen der Seele. Wissen im psychologischen Sinn bezieht sich auf das gegenständliche Bewußtsein, besonders das im Gedächtnis verankerte Bewußte. Logisches Wissen ist der bestimmte Bewußtseinsbesitz, wobei das Wissen, dem die Klarheit noch mangelt, vom klaren Wissen unterschieden wird. Hauptaufgabe der Erziehung ist nun das Wesen der Seele, das Wissen ist, durch Erweiterung des Wissens, durch Vermittlung von Wissensklarheit, durch Erstrebung eines sicheren Wissens voll zur Entfaltung zu bringen, daher ist Aufgabe des Unterrichtes, dem Schüler ein bestimmtes Wissen zu vermitteln und darauf hinzuwirken, daß er logisch vom unklaren zum klaren Wissen gelange. Darunter leidet die Gemütsbildung nicht, denn keine Vorstellung ohne ein Gefühl der Lust oder Unlust in bezug auf Wissen im psychologischen Sinn; das der Klarheit ermangelnde Wissen für den geistig gesunden Menschen mit Unlust, das klar Gewußte mit Lust verbunden. Das Entstehen von „Vielwissen" ist nur dann zu verwerfen, wenn es auf Kosten der Wissenvertiefung geschieht, denn die Entwicklung der Seele kann nur dadurch bewirkt werden, daß die Seele sich und anderes weiß. Falls unter Können die praktische Anwendung im Leben verstanden wird, falls Leben im Sinne des Utilitarismus gedeutet werden sollte, ist diese Forderung abzulehnen. 2. Der Ausdruck „Arbeitsschule" ist mehrdeutig. Das Wesentlichste ist getroffen, wenn man die „Arbeitsschule" als „Willensschule" bezeichnet, die sich gründet auf die Aktivität und Spontaneität der Seele, deren wichtigstes Merkmal die Selbsttätigkeit des Zöglings ist. Die Selbsttätigkeit ist der Kernbegriff aller Arbeitspädagogik. Der Ausdruck Selbsttätigkeit ist aber ein sehr vieldeutiger und manche Irrtümer sind hier zurückzuweisen. Verf. geht auch hier auf die Begriffe Tätigkeit und Wirken ein, sowie auf den Begriff Entwicklung. Nur „Einzelwesen" können tätig sein, also nicht Verstand und Wille, sondern nur die Seele, der Leib und der Mensch als Wirkenseinheit von Leib und Seele. Heißt es, daß der Schüler „selbsttätig" sei, so ist das richtig, doch bedeutet hier „selbsttätig" soviel als tätig, nicht mehr. Was die „Entwicklung von innen heraus" betrifft, die im Begriff der „Arbeitsschule" eine Rolle spielt, so kann sich kein Einzelwesen selbst entwickeln, ein anderes muß auf es einwirken, wenn eine Entwicklung eintreten soll. Selbsttätigkeit im Sinne der Selbstentwicklung ist ein Widerspruch. Zur Frage, wieweit der Schüler imstande ist, ohne Mitwirkung des Lehrers selbst Wissen zu erlangen, zu vertiefen und zu befestigen, erwähnt Verf., daß berücksichtigt werden müsse, was bereits Bewußtseinsbesitz des Schülers ist, daß der Schüler zur eigenen Beobachtung angehalten werden solle und in ihm die Aufmerksamkeit im Sinne des Bemerkenwollens erregt werde. 3. Auch der Ausdruck „Lebensschule" ist mehrdeutig. Es ist hier die „Produktionsschule" und „Zukunftslebensschule" von der „Erlebnisschule" zu trennen, welch letztere als der getreue Ausdruck der Erlebnisphilosophie die rationalen Methoden durch irra-

tionale ersetzen und ergänzen und instinktives Erkennen, Einfühlung und schöpferisches Denken in den Vordergrund der Erziehung rücken will. Verf. erörtert den Begriff „Erleben" und verneint, daß die Schule eine „Erlebnisschule" sein solle. Erlebnisse, die hemmend und störend auf den in Entwicklung befindlichen Menschen einwirken können, sind von der Schule fernzuhalten, Erlebnisse, die im Dienste der Lebensförderung stehen, wie alle Werterlebnisse, sind zu erstreben. Das Wissen ist kein Feind des Erlebnisses. Eine erschreckende Unwissenheit der Kinder wäre die Folge, wenn sie immer nur „erleben", nie aber „lernen" sollten. Auch treten „Erlebnisse" nur selten ein, bei jüngeren Kindern sind die Vorbedingungen für bestimmte Erlebnisse, besonders für ästhetische und religiöse, nicht vorhanden. Erlebnisse kann und soll man nicht erzwingen wollen. – Es ist also nicht zweckmäßig, die Schule nach einem dieser drei Worte zu benennen, noch sie auch vereinigt auf die Schule zu beziehen, denn Lernen und Wissen, Arbeiten und Selbsttätigkeit, Leben und Erleben sind nicht fraglos geklärte Begriffe. Fr. Sack-Wien.

*Stern, Erich, Die Erziehung und die sexuelle Frage (Sexualpädagogik). Ein Lehr- und Handbuch der Sexualpädagogik. Unter Mitarbeit von Charlotte Bühler, Hubert Erhard, Ernst v. Düring, Heinrich Hoffmann, Hermann Rohleder, Erich Stern herausg. von Erich Stern-Gießen. „Union", Deutsche Verlagsgesellschaft, Berlin 1927. 382 Seiten und 44 Abbildungen. Preis RM. 14.–

Auf dem Gebiete der Sexualpädagogik hat man am längsten übersehen, bewußt das normative erzieherische Verhalten und die biologische Erkenntnis in Beziehung zu setzen, Welches ist denn eigentlich das Ideal, welches der sexuellen Erziehung vorschwebt? Daß es auch heute die Erziehung zur Ehe sein kann und sein muß, begründet der Herausgeber in seinem wertvollen Beitrag ausführlich. Er führt die Mittel sexueller Erziehung auf: die Aufklärung, und zwar die biologische, die hygienische, die realistische und ethische Aufklärung. Dann die Familiengemeinschaft, die Jugendbewegung, den Kampf gegen Schund und Schmutz, die Erziehung der Erzieher. Die Gegenüberstellung der Möglichkeiten jeder dieser Maßnahmen ist dankenswert. Wir wissen ja, wie sehr jede Gruppe dazu neigt, gerade ihre Maßnahme für die absolut wertvolle zu halten. Eine sexuelle Erziehung ist unmöglich ohne Kenntnis der Biopsychologie der Sexualität, d. h. ohne Kenntnis und Stellungnahme zur Freudschen Psychoanalyse und zur Dialektik des Geltungsstrebens, die Alfred Adler klargestellt hat. Der Herausgeber ringt sich offenbar immer mehr zu einer positiven Einstellung durch. Nicht die gleich vorurteilslose Einstellung zu den grundlegenden Erkenntnissen der Psychoanalyse finden wir bei Düring. D. erklärt die sexuelle Verwahrlosung ganz richtig mit Cimbal für eine Psychoneurose, aber er fährt dann fort: „Man muß verstehen erkennen, die Seele lösen", allerdings nicht mit den Methoden der Psychoanalyse, sondern mit den Mitteln des Mitfühlens, Verstehens, des intuitiven Ahnens." Es ist erstaunlich, daß D. den Widerspruch nicht sieht, der darin liegt, von einer Neurose zu sprechen und gleichzeitig nur solche Beeinflussungsmittel anzugeben, welche nur bei nichtneurotischen Menschen von Wirksamkeit sind. Gerade darum sprechen wir ja von Neurose, weil wir jene eigentümliche Unfreiheit im Auge haben, die es dem Individuum unmöglich macht, dem eigenen wie dem Wohl der anderen gemäß zu handeln. In dem sonst auf große Erfahrung gestützten Beitrag fällt auf, daß meist ältere Veröffentlichungen herangezogen sind. Die grundlegende Arbeit von Kurt Schneider, „Lebensläufe Prostituierter" fehlt im Literaturverzeichnis. Charlotte Bühler gibt einen interessanten Beitrag zur Frage der Unterschiede in der Pubertätsentwicklung

und Reifung bei Knaben und Mädchen mit der Konsequenz, daß infolge der großen Verschiedenheit der Phasen die Koedukation im Unterricht abzulehnen sei. – Es war schon bei dem Beitrag Düring erwähnt, daß der Charakter des Werkes als Lehr- und Handbuch eine vollständigere Literaturberücksichtigung wünschenswert erscheinen läßt. Die 44 Abbildungen biologischer und pathologischer Art, die ja doch nur ganz unvollständig sind, sind entbehrlich; statt dessen könnten Literaturhinweise gegeben werden. Auch ein Namen- und Sachregister würde die Brauchbarkeit des Buches erhöhen.

W. Eliasberg-München.

e) soziale

Meuter, Hanna (Köln), Behaviorismus als psychologisches und als soziologisches Arbeitsprinzip. Kölner Vierteljahrshefte f. Soziologie, 1927, Jahrg. 6. H. 4, S. 362–366.

Hinweis auf die Bedeutung der Verhaltenspsychologie für die Soziologie. Exemplifiziert wird auf die Arbeiten Charlotte Bühlers und ihrer Schüler über „Elemente des soziologischen Verhaltens". Der extreme Behaviorismus wird abgelehnt; alle Studien über Verhalten müssen durch Bewußtseinspsychologie ergänzt werden. Die praktischen Auswirkungsmöglichkeiten liegen hauptsächlich auf dem Gebiet der Pädagogik und an erster Stelle der Volksbildung. Für den Soziologen dürften die Ausführungen etwas zu summarisch sein. W. Eliasberg-München.

Wolfgang Sprengel, Gesellschaft und Gemeinschaft „Grundwissenschaft". Ztschr. der Joh. Rehmke-Gesellsch., 1928, Bd. 8. (Festschr. f. Joh. Rehmke) S. 363–374.

Auf dem Boden der Rehmkeschen Philosophie wird in gedrängter Form – apodiktisch und mit einem Übermaß eigener Terminologie – eine soziologische Lehre entwickelt. Unter Soziologie wird die „Wissenschaft von den Einheiten oder Verbindungen menschlicher Bewußtseinswesen" verstanden. Da der Mensch „Wirkenseinheit zweier wesensverschiedener Einzelwesen (Leib und Seele)" ist, gehören nur „Seelen", d. h. „Bewußtseinswesen" zu diesen Verbindungen. Einheiten sind durch besondere Zwecke verbunden, also „Willens- oder Zweckeinheiten". Nach Rehmke teilen sie sich, je nach der Zuordnung ihrer Mitglieder, in „Herrschafts- und Lebenseinheiten". Gemeinschaft und Gesellschaft sind durch die Art ihrer „Lebenszwecke" geschieden; die der Gemeinschaft sind „Selbstzwecke menschlichen Willens" (Lebenserhaltung, Weltanschauungsfragen usw.), die der Gesellschaft nur „Mittel für persönliche Zwecke". H. Kronfeld-Berlin.

III. Psychophysisches

c) Physiologie

Klobusitzky, D. v. (Pécs), Über das Problem des Stoffwechsels und der Energetik der höheren kortikalen Funktionen. Klin. Wochenschr., 1928, Nr. 7, S. 173–177.

Eine Übersicht über die geringe einschlägige Literatur über den Energieumsatz nervöser Zentren zeigt, daß die Angaben zum Teil widersprechend, mit Fehlerquellen behaftet, und daß die höheren Funktionen der Rinde (intellektuelle Arbeit) nicht den gleichen energetischen Gesetzen unterliegen wie die Muskelarbeit, nicht Resultanten von Oxydationsprozessen, sondern anderer Umsetzungen sind. Die Energieproduktion der Rindenzellen muß groß sein, wie die Ermattung durch geistige Arbeit beweist. Diese Ermüdung ist von der muskulären verschieden, tritt nicht wie diese in relativ kurzer Zeit ein und verschwindet nicht nach kurzer Erholung. Intellektuelle Arbeit kann auch bei reichlicher Kalorienzufuhr zur Gewichtsabnahme führen. Zwischen

Muskeltätigkeit und Rindenleistung besteht irgend eine Beziehung (Erholung nach geistiger Arbeit durch physikalische, kein Einfluß letzterer auf die Leistungsfähigkeit der Rinde). Entweder verbraucht der Muskel Produkte der Rinde (vielleicht Phosphorsäure), oder es bedarf diese der Stoffwechselprodukte jenes, oder es werden die Zerfallsstoffe der Rinde durch die Stoffwechselerhöhung bei Muskelarbeit leichter ausgeschieden. Innerhalb intellektueller Arbeit muß zwischen Sammeln der Kenntnisse, Hervorsuchen und Schaffen unterschieden werden. Die Leistung der Speicherung beim Lernen kann nicht dieselbe wie die des Mobilisierens des Gespeicherten sein. Welcher Art die energetischen Prozesse seien, ist noch nicht zu sagen.

R. Allers-Wien.

Horiuchi, K. (Kaiser-Wilhelm-Institut f. Arbeitsphysiol.), Über den Einfluß der Gehirndurchblutung auf die Ermüdung. Zschr. f. Arbeitsphysiol., 1925, Bd. 1, H. 1, S. 75–84.

Versuche an Hunden, auf der Tretbahn gehend, bei welchen der Sauerstoffverbrauch fortlaufend bestimmt wurde. Die Zunahme des Verbrauches wird als Indikator für die Ermüdung angesehen, da mit deren Fortschreiten der Energieaufwand für die Leistung steige. Einschränkung der Blutzufuhr zum Gehirn (Ligatur der Aa. vertebrales, teilweise Abklemmung der Carotiden) läßt den Sauerstoffverbrauch um so mehr ansteigen, je weniger Blut ins Gehirn gelangt. R. Allers-Wien.

Bauer, Julius (Wien), Läßt sich die Pubertätsreifung durch Hodentransplantation fördern? Deutsche Zschr. f. Chir., 1928, Bd. 208, S. 172–180.

Da wir wissen, daß der Hoden von der Geburt bis zum etwa 11. Lebensjahr nicht wächst und annehmen können, daß er bis dahin auch keine endokrine Funktion besitzt, ist die Diagnose eines Hypogenitalismus vor der Pubertät unmöglich. Speziell ein – kommender – Eunuchoidismus ist vor der Pubertät nicht festzustellen, zumal die sogenannte eunuchoide Fettverteilung bei allen fettleibigen Knaben als physiologisch zu finden ist. Von den verschiedenen Hypogenitalismusformen bleibt als im Kindesalter feststellbar also nur der hypophysäre Zwergwuchs übrig. Der größte Teil aller als hypogenital angesprochenen Entwicklungshemmungen gleicht sich erfahrungsgemäß in der Pubertät wieder aus; dabei ist der Erfolg der verschiedensten endokrinen Maßnahmen meistens ein illusionärer. Über den wachstumsfördernden Einfluß transplantierter Hoden bei Eunuchoiden nach der Pubertät und vor dem 30. Lebensjahr, als dem einzig in Frage kommenden Zeitraum, liegen nur ganz wenige Beobachtungen vor. Die Annahme, daß derartige Erfolge durch Wachstumsanregung des Patientenhoden erzielt werden, ist daher auch nicht beweisbar. In einem selbstbeobachteten Falle wurde einem 17jährigen universell Infantilen ein menschlicher Hoden eingepflanzt. Trotz tadelloser Einheilung, die sich auch in einer Steigerung des Grundumsatzes ausdrückte, blieb der Habitus unbeeinflußt. 2 Jahre später, also sicher unabhängig von der Transplantation, setzte plötzlich ein wenn auch nicht vollständiger, so doch fast bis zur Norm führender Entwicklungsschub ein.

Osw. Schwarz-Wien.

IV. Charakterologie

a) allgemeine

*Jahrbuch der Charakterologie, Herausg. von E. Utitz, Bd. 5. Pan-Verlag R. Heise, Charlottenburg, 1928, 394 Seiten. Preis RM. 20.-

Dieser Band des verdienstvollen Unternehmens enthält außer den besonders besprochenen Arbeiten von Müller-Freienfels, Ichheiser, Brugsch, L. Marcuse,

Plaut, Löwy und Ziehen Mitteilungen von R. Fick, Gesichtsausdruck und Muskelspiel (S. 83–100), von Fr. Schwangart, Persönliches bei Tieren und tierisches Niveau (S. 101–140), W. Rink, Fragmente zur Geschichte der Tierphysiognomik (S. 141–148), H. Pollnow, Historisch-kritische Beiträge zur Physiognomik (S. 157–206), G. Gesemann, Volkscharakterologie der Serbokroaten (S. 207–270). (Letztere ist eine Wiedergabe der Lebensarbeit des 1927 verstorbenen Belgrader Geographen Cvijić und in völkerpsychologischer Hinsicht sehr interessant.) St. Zweig, Tolstois Vitalität und ihr Widerspiel (S. 299–310). Die Aufsätze physiognomischen Inhalts bieten dem Interessierten vielerlei Anregung, wenn sie auch hier nicht eingehend referiert werden können. Dieses Buch ist vorzüglich ausgestattet und mit mehreren Tafeln und Textabbildungen geschmückt. R. Allers-Wien.

Brugsch, Th. (Halle a. S.), Der personalistische Standpunkt in der medizinischen Wissenschaft und Praxis. Jahrbuch für Charakterologie, 1928, Jahrg. 5, S. 61–82.

Krankheit ist eine Fiktion. Der Krankheitsbegriff ist nur aus dem Krankheitsprozeß zu schöpfen. Eine Summe krankhafter Erscheinungen wird zu einer Einheit, eben dem Prozeß, zusammengefaßt. Das Erfassen des Krankheitsbegriffes entspringt einer Einfühlung, die „die Summe der krankhaften Gegebenheiten übersummativ wesenhaft, d. h. gestaltlich ordnet, wobei . . . die kausalbiologische Einstellungsfähigkeit des Arztes gestattet, überhaupt eine Wesensschau krankhaften Geschehens zustandekommen zu lassen". „. . . Wesensschau, die wir mit Intuition bezeichnen . . . wird stets die Grundlage bilden für jede individualärztliche Handlung, wie die Nosologie im allgemeinen". (!) Der personalistische Standpunkt (er wird nirgends definiert! Ref.) soll diese Krankheitslehre nicht verdrängen, sondern erweitern und läutern. Merkwürdigerweise äußert sich dieser „personalistische" Standpunkt zunächst darin, daß ärztliche Tätigkeit als Gesundheitsdienst am Volkskörper definiert wird, und daß die ganze Erkenntnissumme der modernen Medizin uns lehrte „ärztlich den Gesichtspunkt nicht nur der . . . Krankheit eines Individuums zuzuwenden, sondern das Individuum als Teil des Volkskörpers zu betrachten". Der Personalismus, für dessen Entdeckung Verf. die Priorität für sich vor Fr. Kraus reklamiert, umfaßt folgende Teilgebiete: 1. Morphologie der Person, die auch nur das Einzelexemplar im Verhältnis zu allen anderen Einzelexemplaren interessiert; ihre Methoden sind daher Variationsrechnung mit Typologie. 2. Syzygiologie; in ihr wird „der Gesichtspunkt der Funktion im Sinne des Nutzens für das Ganze auf Grund physiologischer Kenntnisse in den Vordergrund gerückt". 3. Ökologie und 4. Die psychologische Beurteilung. Es wird hier der Standpunkt von Stern dem von Scheler vorgezogen, und dann ein „Modell" der Persönlichkeit entworfen, dessen kurze Wiedergabe kaum möglich ist. Der Kern der Persönlichkeit wird von den die Existenz des Lebensprozesses regulierenden Faktoren gebildet, mit einem Wort das, was Kraus „Tiefenperson" nennt. Gleichgewichtserhaltung ist die Grundleistung dieses Systems, in die auf Grund der „psychophysischen Bindung der gesamten Regulationsprozesse" auch seelische Funktionen eingreifen. Die Endokrinologie und ähnliche Erfahrungen „weisen uns allerdings darauf hin, wie diese psychophysischen Bindungen die den Kern der Persönlichkeit ausmachen, gerade mit Änderungen des Affektlebens verknüpft sind. Hier liegt die Domäne der personalistischen Erfassung der Person, und es wäre von Bedeutung, die Fälle dieser psychophysischen Verknüpfungen, wie wir sie in der individualistischen Klinik studieren können, in großem Umfange zu registrieren."

Osw. Schwarz-Wien.

b) spezielle

Ziehen, Theodor (Halle a. S.). Charakterologische Studien an Verbrechern. Jahrb. f. Charakterol., 1928, Bd. 5, S. 375–399.

Fortsetzung der a. gl. O., Bd. 4 (S. 195–210) begonnenen Studien; Mitteilung der Beobachtung eines $20^1/_2$jährigen, wegen sechs Einbruchsdiebstählen zu $2^1/_2$ Jahren Gefängnis verurteilten Mannes, dessen hervorstechendster Charakterzug der vollkommene Mangel von Reue und Gewissensbissen sowie jeglicher Regung von Scham ist. Ein solcher Mangel ethischer Gefühle (sofern er nicht organischer Gehirnkrankheit entspringt) ist entweder ein angeborener Defekt oder eine durch Umweltseinflüsse entstandene Verkümmerung. Bei Verkümmerung sind die ethischen Gefühle durch positive Momente (Eitelkeit, Alkohol usw.) erstickt; davon ist in dem vorliegenden Falle nicht die Rede. Es handelt sich nach Z. um einen angeborenen Defekt. Neben Ähnlichkeiten mit der sog. moral insanity (Abwesenheit von Scham, Reue, keine Anhänglichkeit an Familie und Freunde, sexuale Frigidität) bestehen Abweichungen, denn der Defekt ist nur partiell; es ist keine „Anethie", sondern „Hypethie" vorhanden. Oft sieht man dem partiellen ethischen auch einen partiellen Intelligenzdefekt entsprechen; eine Intelligenzprüfung konnte nicht durchgeführt werden. Zwischen den ausfallenden oder herabgesetzten Charaktereigenschaften besteht eine bestimmte Korrelation. Es fehlt ferner das normale Einfühlungsvermögen; Rücksichtnahme auf Anwesende ist lebendiger als für Abwesende, denen gegenüber sie fehlt. Die ästhetischen Gefühle sind erhalten. Ästhetische und ethische Gefühlsanlage und Gefühlsentwicklung können divergieren: jene haften nicht an allgemeineren, diese an positiv betonten Gesetzesvorstellungen. Nach Erwägungen über die Anwendbarkeit des Krankheitsbegriffes auf derartige Fälle, über die strafrechtliche Verantwortlichkeit (für diesen Fall zu bejahen) und über die Frage einer Charaktertherapie schildert Z. einige Fälle, an denen der Charakterzug des Leichtsinnes sichtbar wird, um zugleich die Begriffe: Impulsivität, Haltlosigkeit, Triebhaftigkeit, Überwertigkeit zu erklären. Mit Recht kann Z. darauf verweisen, daß die von ihm betriebenen eingehenden Verbrecherstudien für Charakterologie äußerst anregend und fruchtbar seien.

R. Allers-Wien.

V. Klinik

a) Psychiatrie

Kronfeld, Arthur, Einige Bemerkungen über Schizophrenia mitis, vornehmlich in psychotherapeutischer Hinsicht. Der Nervenarzt, 1928, Jahrg. 1, H. 1.

K. beschreibt aus dem schizophrenen Sprechstundenmaterial des Nervenarztes einige charakteristische Typen. Das Gemeinsame dieser Fälle im Gegensatz zu den Anstaltskranken liegt in der erhaltenen Zuwendung zur Außenwelt, im Arztbedürfnis, in der Ausbalancierung der persönlichen Selbstdirektion mit den psychotischen schizophrenautistischen Momenten. Bei diesen Fällen einer „Schizophrenia mitis" glaubt K. an die Möglichkeit psychotherapeutischer Beeinflussung; er glaubt dies auf Grund eindringlicher Erfahrungen und legt dies bei zwei hochwertigen, sicher schizophrenen Kranken dar, bei denen er weitgehende psychotherapeutische Erfolge erzielen konnte. Bei beiden bestand auf Grund ihrer Konfliktsituation ein starkes Bedürfnis nach ärztlicher Hilfe. Durch sehr intensive seelische Einwirkung gelang es, die Motive der Konflikte psychoanalytisch zurückzuverfolgen und zu entwerten und neue Führungslinien zu entwickeln. Dabei ergab sich als wichtige Vorbedingung der psychotherapeutischen Beeinflussungsmöglichkeit die Verstehbarkeit der seelischen Zusammenhänge

– wenn auch nicht jeder psychologisch verstehbare Fall sich als psychotherapeutisch erfolgversprechend erwies. Die Frage, ob die psychotherapeutische Wirkung bei solchen Schizophrenen „kausal" oder „symptomatisch" ist, erscheint K. falsch gestellt. Die Art der Einflußnahme ist hier trotz ihrer Begrenztheit prinzipiell die gleiche wie in der Erziehung bei Gesunden. Es ist die seelisch strukturierende Wirkung von Lebenseinflüssen, die den endogenen Ablauf des Lebens bzw. der Krankheit umzuwandeln vermag. Ref. teilt mit K. auf Grund seiner Erfahrungen an klinischen Fällen durchaus die bejahende Stellung zur Frage der psychotherapeutischen Möglichkeiten bei der „Schizophrenia mitis". A. Storch-Gießen.

Esser, A. (Psychiatr. Klinik Köln), Über rein asthenische Endzustände bei Schizophrenie. Ärztliche Sachverständigen-Zeitung, 1928, Bd. 34, Nr. 1, S. 1–3.

An Hand von 4 Fällen schildert Verf. „neurasthenische" Kranke, bei denen im früheren Leben ein deutlicher schizophrener Prozeß stattgefunden hatte. Viele Jahre später boten sie ein Bild ohne schizophrene Symptome, mit neurasthenischen Beschwerden und sozialem Versagen. Sie waren nicht sicher – durch eine gewisse Affektleere – von asthenischen Psychopathen unterscheidbar. Jedoch trat diese bis zur Unerkennbarkeit zurück. Nur die Anamnese erlaubte die klinische Trennung. Die Befunde sind wichtig im Hinblick auf die Probleme des Begriffs schizophrener „Endzustände". H. Kronfeld-Berlin.

Hilfiker, K. (Münsterlingen), Die schizophrene Ichauflösung im All. Allg. Zschr. f. Psychiatrie, 1928, Bd. 87, H. 5–8, S. 439–469.

Eine Reihe eigener und der Literatur entnommener Fälle von paranoider Schizophrenie werden dadurch charakterisiert, daß in ihnen kosmisch-phantastische Wahnsysteme das Wesentliche des Inhaltlichen ausmachen. Bei einem Teil der Kranken steht mehr die Ichveränderung, das Gefühl der „Auflösung im All", bei einem anderen mehr deren „Folge", das Leben in einer Welt magischer Kräfte, im Vordergrund. Verf. weist auf die Ähnlichkeit derartiger Erlebnisse mit denen primitiver Völker (besonders im Anschluß an Lévy-Brühl) und mit gewissen religiös-philosophischen Anschauungen hin. Soweit decken sich seine Ergebnisse mit anderen Versuchen, entwicklungspsychologische Gesichtspunkte für das Verständnis psychotischer Bilder heranzuziehen. Die tiefergreifende Frage, wieweit und in welcher Weise derartigen Befunden über eine bloße Analogiesetzung hinaus theoretische Bedeutung zukommen kann, wird kaum gestreift. H. Kronfeld-Berlin.

b) Neurologie

Sperling, O. und R. Wimmer, Zur Kasuistik und Auffassung der Narkolepsie. Deutsche Zschr. f. Nervenheilk., 1928, Bd. 102, H. 5/6, S. 252–266.

Ausführliche Mitteilung und Diskussion von zwei Fällen von Narkolepsie. Der eine zeigt außer den narkoleptischen Anfällen noch Zustände von affektivem Tonusverlust und wird als organisch fundiert aufgefaßt, da eine hochgradige Vagotonie besteht; die zum Beweise einer endokrinen Störung angeführten Argumente erscheinen allerdings nicht beweiskräftig. In dem zweiten Falle kann die Psychogenese der narkoleptischen Anfälle in einleuchtender Weise dargetan werden. Es wird Wert darauf gelegt, zu zeigen, daß es sich in den narkoleptischen Anfällen dieses Kranken nicht um einzelne Symptome des Schlafes, sondern tatsächlich um Schlaf handle. In anregender Weise wird zum Schluß die physiologische und psychologische Seite der

Fälle beleuchtet. Ob allerdings die Pawlowschen bedingten Reflexe mit dem Problem der Auslösung narkoleptischer Anfälle etwas zu tun haben, erscheint fraglich.
O. Kauders-Wien.

Döllken (Leipzig), Zur Therapie und Pathogenese der Migräne. M. m. W., 1928, Nr. 7, S. 291–295.

Die Migräne entsteht durch eine Gefäßstörung, und zwar durch Kontraktion der Arterien, Erweiterung der Venen und Kapillaren und erhöhte Durchlässigkeit der Kapillaren. Daher lassen sich Migräneanfälle durch Histamin auslösen, welches die Arterien verengert, die Kapillaren aber erweitert und durchlässiger macht. Die hereditäre Disposition zur Migräne wird auch an Hand eines eigenen umfangreichen Stammbaumes nachdrücklich hervorgehoben. Therapeutisch werden Nitrokörper empfohlen.
Berta Aschner-Wien.

c) Endokrinologie

Danisch, F., Innere Sekretion und vegetatives Nervensystem. (Aus dem pathol. Institut der Universität Jena.) Klin. Wochenschr., 1928, Nr. 7, S. 289–293 und Nr. 8, S. 337–340.

Übersichtsreferat ohne wesentlich neue Ergebnisse. Besonders betont wird die gegenseitige Beeinflussung der endokrinen Drüsen und des vegetativen Nervensystems, indem einerseits die Hormone auf die vegativen Zentren einwirken und andererseits die Drüsen mit innerer Sekretion vom vegetativen Nervensystem innerviert werden, also Erfolgsorgane dieses Systems darstellen.
Berta Aschner-Wien.

e) Sonstiges

*Zacherl, Hans (Graz), Die Wechseljahre der Frau. Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der Medizin. Julius Springer, Wien 1928. VI u. 127 Seiten. Preis RM. 7,50.

Das Buch bietet eine fast erschöpfende Zusammenstellung der neueren Forschungen über dieses Thema. Im wesentlichen stimmt der Verf. den Anschauungen von Wiesel, Jagić, Jaschke und Eymer bei, während Aschners Hypothesen vielfach abgelehnt werden. Auf pathologischem und klinischem Gebiete ist dieses Sammelreferat sehr gut zu brauchen. Über die Psychologie der Wechseljahre wird gerade nur das Notwendigste vorgebracht, und dies besonders in Anlehnung an Walthardt, A. Mayer, Dubois und Ewald. Der Verf. rät dem Praktiker, die klimakterischen Frauen vor einer Überschätzung der nervösen, psychischen und sexual-pathologischen Symptome zu bewahren und sich weniger auf nervenberuhigende Medikamente, als vielmehr auf eine angepaßte Arbeits- und Beschäftigungstherapie zu verlegen. Über die Zusammenhänge zwischen Konstitution und klimakterischen Beschwerden wissen wir, daß es hauptsächlich dann zu stärkeren subjektiven und objektiven Erscheinungen kommt, wenn es sich um Individuen handelt, die dem intersexuellen oder asthenischen Typus angehören. Die Pyknika hingegen pflegt ohne wesentliche körperliche oder seelische Erschütterungen, gleichsam unvermerkt aus dem geschlechtsfähigen in das Matronenalter hinüberzugleiten. Gerade unter den Intersexuellen und Asthenikoptotischen finden sich die meisten Degenerativen, ein Umstand, der auch die besonders schwere Form des Klimakteriums dieser Frauen verständlich macht. Damit wäre dann weiter eine Anknüpfung an Walthardt gefunden, der geneigt ist, viele Begleiterscheinungen der Menopause als Folgen affektbetonter Vorstellungen oder als Ausdrucksformen seelischer Vorgänge aufzufassen. Abgesehen von den bekannten unangenehmen Er-

regungszuständen ist daran festzuhalten, daß bei vielen Frauen der Eintritt des Wechsels in psychischer Hinsicht vorteilhaft ist. Gerade nervöse Frauen blühen manchmal nach dem Wechsel wieder auf. Bei nervösen und hysterischen Frauen veranlassen psychische Reize besonders leicht Blutverschiebungen von der Haut zu den viszeralen Organen, wodurch Blutungen aus dem Genitale begünstigt werden. Die Ansicht von Walthardt, daß der Pruritus oft nur das Symptom einer Psychoneurose sei, wird durch die guten Resultate der Psychotherapie gestützt und läßt sich schon auf Scanzoni und Olshausen zurückführen. Die durch Überwertung der klimakterischen Störungen auftretenden Schmerzen (Psychalgien) und die Erhöhung der Empfindlichkeit (psychische Hyperästhesie) wird nur kurz erwähnt (Walthardt). Nach Ewald gibt es besonders zwei verschiedene Formen von Geistesstörungen in den Wechseljahren, die Rückbildungsmelancholie und die Involutionsparanoia. Katatonische Zustände und eine Dementia paranoides sind entschieden viel seltener. – Besonders besprochen werden auch die körperlichen und psychischen Folgen des künstlich herbeigeführten Klimakteriums, was durch Röntgenbestrahlungen viel häufiger erfolgt als durch operative Kastration. – In bezug auf die Vita sexualis in den klimakterischen Jahren hören wir nur wenig Neues. Nach Angaben von Fuchs soll nach Keimdrüsenentfernung die Voluptas durchschnittlich in etwa 70% deutlich vermindert sein oder erlöschen, während nach Röntgenmenopause die Libido nur in 21,4% eine geringere ist; in 78,5% bleibt sie erhalten oder ist sogar vermehrt. Im Gegensatz zu Vogt glaubt Zacherl nicht, daß Beziehungen zwischen der früheren Angst vor Konzeption, dem Klimakterium und der Vita sexualis bestünden. Nach der bekannten Tabelle Lundquists (Franz) geht hervor, daß bei Röntgenkastration oder Entfernung der Eierstöcke etwa dreimal so häufig Ausfallserscheinungen auftreten als nach der Exstirpation der Gebärmutter allein. R. Hofstätter-Wien.

Hecker, R. (München), Das Milieu als Krankheitsursache. Die medizinische Welt, 1928, Nr. 3 u. 4, S. 103–107, 145–148.

Milieu ist alles das in der Umgebung des Menschen, was einen länger dauernden und gleichmäßigen Einfluß auf seinen Körper und seine Psyche gewinnen kann: 1. Das geographisch-klimatische Milieu. Bekannt ist die Wirkung des wechselnden Sonnenstandes in den einzelnen Jahreszeiten. So hat Hellpach die „Frühlingskrise" beschrieben, die er außer auf die Lichtzunahme und Erwärmung auf die Luftelektrizität und die Qualität der Sonnenstrahlen zurückführt. Auch das Körperwachstum bei älteren Kindern erfolgt verschieden nach den Jahreszeiten, und auch für den Säugling bestehen ähnliche Gesetzmäßigkeiten. Auch das Klima in den Bergen und im Tiefland bewirkt Gegensätze. Unter den geographisch-klimatisch bedingten Krankheiten sind die Tropenneurasthenie und das Polarzykloid bekannt, ferner in der Pädiatrie Rachitis als Winterkrankheit, während man von einem Frühlingsgipfel der Tetanie spricht usw. Nach Ranke und anderen Forschern ist die Bedeutung der geographischen Lage auch für die Körpergröße und die Schädelform erwiesen. 2. Stadt und Land (von Kaup charakterisiert). Dieser Gegensatz war früher viel ausgeprägter als heute, wo sich nivellierende Tendenzen bemerkbar machen. 3. Das soziale Milieu: Je höher das wirtschaftliche Niveau, um so besser das geistige und körperliche Gedeihen; besonders deutlich zeigt dies das Verhalten der Säuglingssterblichkeit, die von Pfaundler und Dikanski an Münchner Schulkindern angestellten Untersuchungen und die Berufskrankheiten der in Quecksilber-, Blei- und anderen Industrien eingestellten Arbeiter. Jede soziale Schicht hat ihren Krankheitskreis: die Armutskrank-

heiten wie Rachitis, Tuberkulose usw., und die Überflußkrankheiten wie Gicht, Fettsucht und bei Kindern das periodische Erbrechen mit Auftreten von Azeton in Blut und Harn. Auch die Schulkrankheiten sind echte Milieukrankheiten. Verf. geht hierauf auf die körperlichen und geistigen Schädigungen der Nachkriegsjahre ein und bespricht dann 4. die Familie als Gesundheits- und Krankheitsfaktor. Zunächst betont er die Unersetzlichkeit der Familienerziehung. Aber auch die Kinderstube kann ein Krankheitsfaktor werden, auch die beste, wenn sie dem Kinde durch ein Zuviel an Pflege und Erziehung das Beste nimmt, nämlich die Freiheit und damit das Leben. Zahlreiche Neurosen haben hier ihre Wurzeln. Die Anwendung der Prügelstrafe wie jede Entmutigung lehnt Verf. ab. Zum Schluß widmet Verf. noch der gefährdeten Situation der Einkinder und der Kinder, die im Konfliktsmilieu leben, einige Worte.

Fr. Sack-Wien.

*Cloetta, M., Über den Tabak und vom Rauchen. 91. Neujahrsblatt auf das Jahr 1928. Zum Besten des Waisenhauses in Zürich herausgegeben von der Gelehrten Gesellschaft. Kommissionsverlag Beer & Co., Zürich 1928. 29 Seiten. Preis RM. 3,15.

Nach einem historischen Überblick über den Verlauf der Verbreitung des Tabaks, seit Columbus 1492 auf Cuba zum erstenmal den Gebrauch des Tabaks bei den Eingeborenen kennen gelernt, schildert C. die damaligen Gebrauchsarten desselben, wie auch die Kämpfe, die die neue Sitte bis zu ihrer vollständigen Anerkennung durchmachen mußte. Nach einer kurzen Beschreibung der Zubereitung der Blätter geht Verf. auf die medizinischen Wirkungen des Nikotins über und bespricht in gemeinverständlicher Weise die akute Nikotinvergiftung und die hauptsächlichen Störungen, die durch die chronische hervorgerufen werden. In einem weiteren Abschnitt werden die Vorgänge, die beim Tabakrauchen eine Rolle spielen, behandelt und im letzten Kapitel die Frage nach den Momenten aufgeworfen, die dem Menschen das Rauchen zum Genuß, eventuell zur Leidenschaft machen, und die verschiedenen Versuche, nikotinfreie Tabake herzustellen, geschildert. Fr. Sack-Wien.

VI. Spezielle Psychogenese

a) Allgemeines, Ätiologie

Hoche, Alfred, Einige Grenzbestimmungen. D. Zschr. f. Nervenhlk., 1927, Bd. 100, H. 1/6, S. 34–39.

Alle Gesichtspunkte der Abgrenzung sind wesensmäßig unzulänglich und mit Vorbehalt hinzunehmen. Verf. weist dies im Gebiete der funktionell-nervösen Störungen nach. Hier hat man die Krankheitseinheiten Hypochondrie, Neurasthenie, Hysterie durch die entsprechenden Reaktionsformen ersetzt; aber über diese nehmen die Erörterungen kein Ende. „Wo die Geier unablässig kreisen, pflegt etwas Totes zu liegen." Die definitorischen Abgrenzungen im Hysteriegebiet sind gleich unbefriedigend, wenn sie sich aufs Symptom und wenn sie sich auf die Persönlichkeit richten. Kraepelins biologische Auffassung der hysterischen Äußerungen als stammesgeschichtlich präformierte Schutzeinrichtungen des Selbsterhaltungstriebes „gibt uns für den Einzelfall keinerlei Erklärung". Die psychologischen Auffassungen – aus der Persönlichkeit – erklären nicht, was denn nun psychophysisch vor sich geht; etwa bei einer Analgesie, einem hysterischen Tremor usw. Hoche findet zur Kennzeichnung dieser Ungemäßheit, um die wir ja alle wissen, kaustisch-köstliche Worte: „Etwas Neues wurde in die (psychologische) Betrachtung hineingetragen durch die Einführung einer sozusagen moralisierenden Art, die Dinge zu sehen. Es galt

hauptsächlich dem Versuche, das Wesen der hysterischen Persönlichkeit zu erkennen, und man führte den Gesichtspunkt des Motivs ein. So entstand die Lehre, daß die hysterischen Symptome eine ‚Flucht in die Krankheit' bedeuteten, Kohnstamm sprach von dem mangelnden Gesundheitsgewissen, und Jaspers gab die Erklärung, daß die Hysterischen das Bedürfnis hätten, vor sich und anderen mehr zu erscheinen als sie sind ... Die moralisierende Betrachtungsweise wurde dann namentlich von denjenigen Autoren angenommen, die sich praktisch und theoretisch mit der Beurteilung der Unfallhysterie herumzuschlagen hatten, und es entstand die heute am meisten beliebte Auffassung, daß man als hysterisch diejenigen psychogenen Störungen bezeichnen solle und müsse, bei denen ein Wunsch, eine Rücksicht auf die Wirkung nach außen, eine Spekulation eine Rolle spielte. Es war nun folgerichtig, daß als Variante dieser moralisch gefärbten Betrachtungsweise, die das Motiv und den Willen verdächtigte, eine pädagogische Absicht erschien, die teils in uneingestandenen Strafgelüsten gegen die unangenehme Sorte von Kranken ihre Nahrung fand, teils den vom Gesetz nicht vorgesehenen Zweck einer Erziehung in den Vordergrund rückte, die durch Herabsetzung oder Versagung der Rente wirken sollte. Es ist dies in erster Linie die Umsetzung des Mißvergnügens verärgerter Gutachter in eine Theorie, eine Entwicklung nicht ab irato, wohl aber ab irritato." Hoche fragt, worin denn der Unterschied zwischen einer hysterischen und einer simulierten Äußerung bestehe – den zu leugnen unmöglich sei –, obwohl beide unter der Herrschaft ganz gleichartiger Motive auftreten können. „Es ist ein eigentümlicher Denkfehler, zu glauben, daß man durch Kenntnis des Motivs etwas über die Art der dadurch ausgelösten Vorgänge erführe." „Die moralisierende Betrachtungsweise hat uns nun vielfach den Blick getrübt für das Vorkommen und die Häufigkeit von bestimmten Erscheinungen, die man ehrlicherweise, obgleich sie sicher ‚funktionell' sind, aber weder neurasthenisch noch hypochondrisch noch hysterisch, aber doch als Krankheitstatsachen anerkennen muß." Hoche nennt hier den Singultus, die Neigung zur Seekrankheit, zur Hautempfindlichkeit gegen Chemikalien, das Heer „organneurotischer" Erscheinungen usw. Mit dem Begriff des Degenerativen gerate, ebenso wie bei Kraepelins Erklärung der hysterischen Mechanismen, nur ein „sachfremder Gesichtspunkt" in diese Materie hinein. Hoche denkt diesen Erscheinungen gegenüber, und überhaupt allen funktionellen Nervensymptomen gegenüber, „doch an eine besondere Beschaffenheit der nervösen Substanz", an „materiell andersartige Verhaltungsweisen der Nervenzellen und Nervenfasern", für die er „den Namen der mangelnden Gewebsrüstigkeit" einführt. „Man kann heute nicht genug warnen vor einer Überdehnung des Begriffes der psychogenen Entstehung, vermöge deren zweifellos zahlreichen Kranken bei Beurteilung rechtlicher Art Unrecht geschieht. Wir lösen damit zugleich eine bestimmte Symptomengruppe aus zeitlichen Sonderauffassungen heraus und reihen sie ein in bekannte Tatsachen der allgemeinen pathologischen Physiologie".

H. Kronfeld-Berlin.

c) Zwangsneurosen

*Stekel, Wilhelm (Wien), Zwang und Zweifel. Teil I. Urban & Schwarzenberg, Berlin-Wien 1927. XI u. 624 Seiten. Preis geh. 30,–, geb. 33,–.

Stekels Lehre von den Zwangssymptomen ist mit dem vorliegenden ersten Band, wie er selbst ankündigt, noch nicht vollständig dargestellt. Aber selbst wenn man diese Tatsache in Rechnung stellt, liegt eine gewisse Unvollständigkeit noch in manch

anderer Beziehung im Wesen dieses Buches. Zunächst ist der Stoff nicht systematisch gegliedert und aufgebaut; ältere und neuere, teilweise in sich abgeschlossene Einzelarbeiten werden aneinandergereiht, so daß ein einigermaßen vollständiges Bild sich nur schwer abhebt. Dann aber verwischt die Uneinheitlichkeit der Methodik, die zwischen Beschreibung und Deutung schwankt, die psycho-pathologische Schärfe des Zwangsbegriffs, der hier nicht dem phänomenalen Bestande, sondern dem gedeuteten Wesen heterogener Vorgänge entnommen wird. So stellt der Verf. neben den „Ichzwang" den „Organzwang" und „Kulturzwang", also phänomenologisch ganz differente Dinge. Am schwächsten bleiben so die allgemein gehaltenen Formulierungen über das Wesen Zwangskranker. Dagegen wird man zustimmen, wenn dynamische Gesichtspunkte, die Rolle des Affektiven, für die Genese von Zwang und Zweifel immer wieder hervorgehoben und in ihrer Fruchtbarkeit für Deutung und Therapie betont werden. Darin liegt die stärkste Seite dieses inhaltreichen Werkes. Diese affektive Dynamik wird nun ganz im Rahmen der Psychoanalyse bzw. der bekannten Stekelschen Abwandlungen derselben in gewohnter glänzender Form dargestellt und krankt andererseits an bekannten Mängeln, die hier nicht aufs neue eingehender wiedergegeben werden können. Eindrucksvoll ist die Fülle des Beobachtungsmaterials, das Verf. zum Teil in recht ausführlichen Krankengeschichten und Analysen bringt. So vermag er seinen Deutungen den Anschein des Spekulativen zu nehmen und ihre empirische Fundierung zu zeigen, was das Buch gerade für den Angehörigen jeder theoretischen Richtung lesenswert und wertvoll macht. Die vielen Einzelbeobachtungen entziehen sich einem kurzen Referat. Es sei nur darauf hingewiesen, daß in diesem Bande neben grundsätzlichen Fragen der Psychogenie von Zwang und Zweifel, die Beziehungen zu kriminellen Impulsen, zur Onanie, die Rolle des Unbewußten, des Wiederholungszwanges, des Inzestkomplexes, der Homosexualiät u. a. m. abgehandelt werden. In einigen Fragen nähert sich Stekel dem Adlerschen Standpunkt; interessanterweise lehnt er den Begriff eines prinzipiell Unbewußten ab und will es durch das Nebenbewußte (etwa im Sinne von Schilders Sphäre) ersetzen. Dem wichtigen Werke ist ein schönes, instruktives Sammelreferat von Elias Bier über die bisherige Zwangsliteratur in historisch-kritischer Richtung beigefügt.

H. Kronfeld-Berlin.

e) Sexualneurosen

Schwarz, Oswald (Wien), Zur Pathologie dss Transvestitismus. W. m. W., 1928, Nr. 9, S. 113–115.

An einem eingehend mitgeteilten Fall von Transvestitismus zeigt Schwarz, wie sich verschiedenartige Strukturelemente (Heredität, Konstitution, Triebgrundlage und Milieuwirkung) im Aufbau des Einzelfalles verbinden. Der Arzt muß – abgesehen von der rein wissenschaftlichen Dignität – unter dem Gesichtspunkt der therapeutischen Wertigkeit der einzelnen Komponenten vorgehen; so kann es ihm gelingen, auch von „peripheren" Momenten aus psychotherapeutisch zu wirken. Im vorliegenden Fall gelang es, ein biologisch zweifellos tief verankertes Symptom „von seinen peripheren Komponenten" (der Milieuwirkung) her zu beheben. Unter Beiseitelassung möglicher anderer theoretischer Gesichtspunkte wurde die abwegige Sexualität lediglich im Sinne der Individualpsychologie als ein Verhalten gegenüber einer besonderen Konstellation betrachtet und dieses so geändert. Derartige Fälle dürften als Beiträge zum Ausbau spezieller psychotherapeutischer Indikationen wertvoll sein.

H. Kronfeld-Berlin.

Herschan, D. (Breslau), Die weibliche Intersexualität. Zschr. f. Sexualwissensch., 1928, Bd. 14, S. 406–411.

Ausgesprochen intersexuelle Typen beim Weibe sind relativ selten; viel häufiger treffen wir Typen, die mehr oder weniger vereinzelte intersexuelle Merkmale zeigen, und zwar im Bau der Geschlechtsorgane, körperlichen Habitus, im psychosexuellen Verhalten. Das größte Kontingent stellen Hypoplastikerinnen, Asthenikerinnen und die Robusten. Während die asthenische Intersexuelle hauptsächlich alle Arten von pathologischer Psychosexualität zeigt, finden sich bei der Infantilen mehr genitale Erkrankungen gepaart mit Frigidität. In charakterologischer Beziehung überwiegen die Hyperemotionalen. Was die Ätiologie betrifft, so dürfte es sich bei der Intersexualität um eine genotypische keimplasmatische Anlage handeln, die in der Pubertät durch endokrine Störungen verstärkt wird, während beim Infantilismus mehr die Keimdrüse, beim Virilismus die Nebenniere als endokrin gestörter Faktor ätiologisch in den Vordergrund tritt. Osw. Schwarz-Wien.

Levi-Bianchini, M., Psychologische und psychoanalytische Einfälle über die Klimakterien des Mannes. Zschr. f. Sexualwissensch., 1928, Bd. 14, S. 376–391.

Gemäß den modernen neohippokratischen Ansichten zerfallen die Menschen in zwei Grundtypen: den Longilineus und den Brevilineus. Diesen physischen Typen entsprechen im großen und ganzen auch endokrine, neurovegetative und geistige Typen. Ein Kind bringt daher eine ganz bestimmte psychophysische Struktur mit auf die Welt, die sich in seinem ganzen Verhalten ausdrückt. So gehören die schwer erziehbaren Kinder zum Longilineus-, sympathikotonischen, thyreoiden Typus und umgekehrt die liebevollen, weichen Kinder. Widerstandslose Wunscherfüllung entspricht dem Naturtrieb des Menschen. Das Kind reagiert auf Hemmnisse mit motorischer Abfuhr, der Heranwachsende mit halluzinatorischer Erledigung; mißverständliche Erziehung kann dauernde Verdrängung und damit die Neurose erzeugen. Die erziehliche Psychoanalyse hat die Aufgabe, „allen strukturalen und ideoaffektiven Bedingungen für die Einheit und Ganzheit der kindlichen Seele" zur Erfüllung zu verhelfen. – Das Alter ist die Zeit des Abstieges, Verzichtes, Intellektes. Um die 50er Jahre überkomme Männer und Frauen eine eigentümliche Illusion, die sie der Einsicht in ihre Situation beraube und noch einmal mit besonderer Gier begehren lasse, was ihnen von jetzt ab immer mehr entschwindet. Das „gefährliche Alter". Der Tod sei die endliche Erfüllung des steten Wunsches, in die Ruhe des uterinen Lebens zurückzukehren. Osw. Schwarz-Wien.

f) Motilitäts- und Organneurosen

Zelenka, F. (Wien), Ein Fall von Parasigmatismus. Eos, 1928, H. 1, S. 23–24.

Beschreibung des Sprachzustandes eines 11jährigen Turrizephalen: Interdentale Artikulation des S, bei der gleichzeitig ein nasaler Schnarchlaut produziert wird. (Dyslalia stertens linguodentalis nach dem Vorschlage des Ref.) Der Schnarchlaut wird manchmal mit einem T, im Inlaut oft mit einem G, im Auslaut mit K kombiniert. Gelegentlich wird S durch reines G ersetzt. Für Z wird (interdentales) T mit Schnarchlaut gesetzt. X wird durch CHK mit nasalem Durchschlag während des CH ersetzt. Das SCH wird lateral gesprochen. L, T, D, N werden interdental artikuliert (multiple Interdentalität nach Fröschels). Außerdem besteht assoziative Aphasie (Stottern). L. Stein-Wien.

VII. Spezielle Therapie

a) Psychoanalyse

Alexander, Franz (Berlin), Der neurotische Charakter. Intern. Zschr. f. Psychoanalyse, 1928, Bd. 14, H. 1, S. 26–44.

Der Aufsatz A.s befaßt sich mit jenem Grenzgebiete der Psychopathologie, in welchem das Krankhafte weniger in umschriebenen Symptomen als in dem Gesamtbild der Lebenshaltung kenntlich wird. Den psychischen Konflikt haben diese Fälle mit den Neurosen gemein, er kommt in den nie fehlenden selbstschädigenden Tendenzen deutlich zum Ausdruck; doch scheidet sie von den Neurosen das Fehlen der symptombildenden Triebabwehr mit Ersatzbefriedigung. Auch diese Menschen wären als krank zu bezeichnen; das setzt allerdings eine Erweiterung der konventionellen Grenzen des Krankheitsbegriffes voraus. Die gekennzeichneten Typen werden von Alexander als „neurotische Charaktere" zusammengefaßt (eine Terminologie, die sich mit der sonst üblichen nicht ganz deckt). Es handelt sich da um Menschen, „deren Schicksal sich genau so deuten läßt wie ein neurotisches Symptom, ein Schicksal, dessen Wendungen, wenn auch ihre äußere Form oft wechselt, immer denselben Sinn hat, der Ausdruck desselben unbewußten Konfliktes ist". Es ist für sie „die große expansive Kraft der ichfremden Tendenzen" charakteristisch, die hier nicht, wie bei den Neurosen, auf die Symptombildung beschränkt sind. Das Ich ist bei ihnen relativ schwächer als bei den Neurosen; es unterliegt wegen der starken expansiven Kraft des Trieblebens. Auch gegenüber anderen psychopathologischen Erscheinungen – der Psychose, der eigentlichen Kriminalität – wird der neurotische Charakter abgegrenzt. Nach Ansicht des Verf. bilden solche Fälle ein dankbares Feld für analytische Heilerfolge. H. Hartmann-Wien.

Fenichel, Otto (Berlin), Über organlibidinöse Begleiterscheinungen der Triebabwehr. Intern. Zschr. f. Psychoanalyse, 1928, Bd. 14, H. 1, S. 45–64.

Die Arbeit gilt der Aufhellung jenes dunkeln Gebietes, das für die Psychoanalyse heute noch die organischen Begleiterscheinungen der Triebkonflikte darstellen. Gegenstand der Untersuchung sind zunächst „die funktionellen Beeinträchtigungen der Willkürbewegungen durch erhöhte Muskelspannung oder durch Abwechslung von erhöhter und herabgesetzter Muskelspannung", also Hemmungen (im analytischen Sinn!), die in ihren leichteren Ausprägungen noch nicht als krankhaft angesehen werden müssen. Es ist als wahrscheinlich anzusehen, daß solche „dystonische" Erscheinungen mit der Triebabwehrtätigkeit des Ich in Zusammenhang stehen. Aufgabe der Verdrängung ist ja in erster Linie die Abhaltung von Triebregungen von der Motilität. „Der Verdrängungskampf zwischen besetztem Trieb und Gegenbesetzung des Ichs kann sich deshalb physiologisch, wenn überhaupt, nur in funktionellen Veränderungen der Skelettmuskulatur widerspiegeln." Der Dystonus kann also ein Mittel sein, Verdrängtes in der Verdrängung zu erhalten. Aber er muß nicht lediglich der Triebabwehr dienen, kann vielmehr gleichzeitig in den Dienst des Lustgewinns treten. Abwehrerscheinungen zeigen sich auch auf dem Gebiete der Sensibilität; das Ich vermag sich gegen verbotene innere Wahrnehmungen zu sperren. Solche Sperrungen von Körpersensationen kommen bei der Depersonalisation vor, aber auch bei Zwangsneurotikern und Zwangscharakteren und auch bei viel weniger schweren Zuständen. „Wie für den triebabwehrenden Muskelkrampf das einfachste Beispiel die auf solche Weise erfolgende Abwehr des Koitus, der Vaginismus, ist, so für die triebabwehrende Organfremdheit die mit ihm verbundenen extremen Formen der Frigidität, bei denen

die Genitalgegend während des Verkehrs überhaupt nicht verspürt wird." Die Entfremdung von Organsensationen kann durch Entzug der libidinösen Besetzung geschehen oder aber dadurch, daß die Libidostauung in dem betreffenden Organ durch eine entsprechende Gegenbesetzung an der Manifestation verhindert wird.

H. Hartmann-Wien.

Bernfeld, S. (Berlin), Über Faszination. Imago, 1928, Bd. 14, S. 76–87.

Mit dem Ziel der Klärung des analytischen Identifikationsbegriffs untersucht B. einige typische Verhaltensweisen der frühen Kindheit, welche dem Vorgang der Identifikation verwandt zu sein scheinen. Er kommt zu dem allgemeinen Ergebnis, daß dort, wo die Bemächtigung noch nicht möglich oder gestört ist, die Voraussetzung für das Auftreten von Identifikationsvorgängen gegeben ist. Die Identifikation läßt sich – wenigstens in bezug auf die Relation zwischen Ich und Gegenstand – „als eine Anwendung schon in der Säuglingszeit vorhandener Mechanismen auffassen". Die beim Kinde nicht seltenen Zustände von Faszination – höchst gesteigerte Aufmerksamkeit bei voller motorischer Gehemmtheit – und insbesondere jener Fall von Nachahmung, welchen B. als „faszinierte Wiederholung" bezeichnet, stehen dem Vorgang der Identifikation sehr nahe. „Zahlreiche Züge des Verhaltens der Mutter werden auf diese Weise vom Kind übernommen." Wie überhaupt, nach Freud, die Identifikation mit dem Aufbau des Ich eng verknüpft ist, so führt auch die faszinierende Wiederholung zu einer „ebenbildlichen Ichveränderung". H. Hartmann-Wien.

Hitschmann, E. (Wien), Zur Psychoanalyse des Misanthropen von Molière. Imago, 1928, Bd. 14, S. 88–99.

Im Seelenleben des Misanthropen haben jene Tendenzen das Übergewicht, welche die Psychoanalyse als Todestrieb bezeichnet. Er ist im analytischen Sinn als Zwangscharakter zu bezeichnen: „Haß- und Grausamkeitsregungen, ein überstrenges Über-Ich; daneben die Züge von Trotz, Überkorrektheit, Pedanterie aus ‚analer' Wurzel." Sein Charakter ist der eines Menschen, dem die volle Liebesfähigkeit oder die volle Befriedigung in der Liebe abgeht. „Wer ein so ambivalentes, haßbereites Verhältnis nicht nur zum Weibe, sondern zu allen Menschen hat, der hat die postambivalente genitale Stufe nie erreicht oder regressiv wieder verlassen." Im Misanthropen haben wir offenbar eine Seite der Molièreschen Persönlichkeit vor uns; auch Molière ist kein Dichter der Liebe, er ist vor allem ein Wahrheitssager und Weltverbesserer – freilich gleichzeitig ein heiter spottender Ironiker, der in seinen Komödien die Bösewichter lächerlich und unschädlich macht. H. Hartmann-Wien.

Ferenczi, S. (Budapest), Das Problem der Beendigung der Analysen. Intern. Ztschr. f. Psychoanalyse, 1928, Bd. 14, S. 1–10.

Ein Neurotiker darf erst dann als geheilt angesehen werden, wenn er das Vergnügen am unbewußten Phantasieren aufgegeben hat. Eine Analyse, die nicht gleichzeitig vollständige Charakteranalyse gewesen ist, ist theoretisch nicht als beendigt anzusehen; praktisch aber kann man natürlich auch ohne so tiefgehende Eingriffe Erfolge erzielen. Die Umformung der Charakterstruktur in der Analyse ist nicht „Auflösung", sondern „Umkristallisierung". Je uneingeschränkter der Patient entschlossen ist, unbekümmert um die Zeitdauer, so lange in der Analyse auszuhalten, als es sich als notwendig herausstellt, um so eher hat die Behandlung Aussicht auf raschen Erfolg. „Kündigungen" der analytischen Beziehung von seiten des Analytikers lehnt F. als tech-

nisch unzweckmäßig ab. „Die richtige Beendigung einer Analyse ist wohl die, bei der weder der Arzt noch der Patient kündigt; die Analyse soll sozusagen an Erschöpfung sterben." Ein wirklich geheilter Patient löst sich allmählich selbst von der Analyse los. „Symptomwandlungen" – etwa das Auftreten hysterischer Symptome bei einem Zwangsneurotiker oder umgekehrt – treten gegen Ende der Analyse häufig auf und sind im allgemeinen als gutes Zeichen zu werten. Zusammenfassend kommt F. zu dem Ergebnis, „daß die Analyse kein endloser Prozeß ist, sondern bei entsprechender Sachkenntnis und Geduld des Analytikers zu einem natürlichen Abschluß gebracht werden kann." H. Hartmann-Wien.

c) Hypnose

*Hirschlaff, Leo, Hypnotismus und Suggestivtherapie. 4. Aufl., desgleichen von J. H. Schultz-Berlin. Joh. Ambr. Barth, Leipzig 1928, XII u. 274 Seiten. Preis RM. 10,–.

Das bekannte Buch gibt eine knappe und klare Darstellung dessen, was praktisch für den Hypnotherapeuten von Bedeutung ist. Die technischen Anweisungen sind so eingehend gehalten, daß das Buch es jedem Arzt ermöglicht, sich in dieses so wichtige Gebiet einzuarbeiten. H. zieht einen scharfen Grenzstrich zwischen den oberflächlichen und zwischen den tiefen Hypnosen. Bei den oberflächlichen Hypnosen handle es sich nur um pseudohypnotische Zustände. Ihre Phänomene seien durch die Willkür der Versuchspersonen hervorgerufen. Der experimentelle, spezifische Hypnotismus führe immer wieder zu den klinischen Tatsachen der Hysteriepathologie zurück. Wenn man auch mit der grundsätzlichen Scheidung der oberflächlichen von der tiefen Hypnose nicht einverstanden sein mag, so gebührt H. doch das Verdienst, darauf hingewiesen zu haben, daß die oberflächlichen Hypnosen für therapeutische Anwendung eine große Bedeutung haben. Freilich möchte ich nicht so weit gehen wie er und behaupten, daß die spezifisch hypnotischen Anwendungen fast nur experimentelles Interesse beanspruchen. Im übrigen ist das Büchlein ein verläßlicher Führer in der praktischen Suggestivtherapie. P. Schilder-Wien.

Schazzillo, B. A. und N. P. Abramow, Über die Wirkung der Hypnose auf das Verhältnis der K- und Ca-Elektrolyte im Blutserum. Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., 1928, Bd. 112, S. 54–59.

Untersucht wurden 13 Patienten (Neurotiker), denen in etwa 15 Minuten dauernder Hypnose Freude oder Kränkung suggeriert wurde. Blutentnahme aus der Ulnaris vor, während und 1–3 Minuten nach der Hypnose. Der Quotient (von K und Ca) stieg im Durchschnitt von 1,60 auf 1,80; in einem Falle, der nur hypnotisiert wurde ohne gleichzeitige Suggestion, blieb der Quotient nahezu unverändert. Die in den Fällen mit Suggestion beobachteten Schwankungen gehen nicht weit über die physiologischen Schwankungen hinaus. (Zwischen der Beeinflussung des Quotienten durch die Suggestion von Freude und von Kränkung ist aus der Tabelle kein deutlicher Unterschied zu erkennen. Ref.) Die Autoren bringen die beobachteten Veränderungen mit einer Zunahme des Sympathikustonus bei freudigen Erregungen und mit einem Abfall des Vagustonus bei trauriger Verstimmung in Zusammenhang.

H. Hoff-Wien.

f) Sonstiges

Maeder, A., Heilkraft und Zähmung. Beitrag zur seelenärztlichen Führung. Der Nervenarzt. 1. Jahrg., H. 1.

Der Aufsatz entstammt einer systematischen Untersuchung über die seelenärztliche Handlung. Er befaßt sich mit den Äußerungen der aus der persönlichen Sphäre des

Arztes entspringenden Heilkraft und mit der „Zähmung" des Kranken, die sein verwildertes Ich zu neuen Bindungen führen soll. Sympathie und Glauben an den Wesenskern im Menschen sind die Voraussetzung von Heilkraft und Zähmung.

A. Storch-Gießen.

Reinhold, F., Schiller als Psychotherapeut. Münch. med. Wochenschr., 1928, Nr. 10, S. 441.

Mitteilungen verschiedener Stellen aus Briefen Schillers, aus denen erhellt, welches Verständnis als Arzt, Philosoph und Dichter dieser für psychotherapeutische Probleme hatte (seelische Einwirkung auf körperliche Zustände und umgekehrt, Wachsuggestion, Arbeitstherapie).

R. Allers-Wien.

IX. Forensisches

Nordhof (Dortmund): Morphium für Morphinisten. Ärztl. Sachverständigenztg., 1928, 34. Jahrg., Nr. 5/6, S. S0–82.

Kritik an einem Gerichtsgutachten: Ein Arzt war exkulpiert worden, weil das ad libitum verordnete Morphium für den Morphinisten Heilmittel gewesen sei. Nach N. kann von einem Heilmittel nur dann gesprochen werden, wenn das Mittel in der Hand des Arztes bleibt oder doch nach seiner in das Einzelne gehenden Anweisung gebraucht wird. Eine Verordnung von Morphium ad libitum kann nur als Anweisung auf ein Genußmittel betrachtet werden. Nach N. steht die Auffassung, die das Gericht sich zu eigen machte, auch im Widerspruch mit dem internationalen Opiumabkommen.

W. Eliasberg-München.

X. Fürsorge- und Anstaltswesen

Hanauer (Frankfurt a. M.), Licht- und Schattenseiten der Sozialversicherung. Ärztliche Sachverständigenztg., 1928, 34. Jahrg., Nr. 3, S. 29–33.

Kritik an der Liekschen Kritik der Sozialversicherung. Hanauer hat es nicht schwer, die freilich sehr beredsam geschriebene Romantik Lieks ad absurdum zu führen. Am wesentlichsten erscheint mir, daß von einer Zuviel-Behandlung wirklich nicht gesprochen werden darf, und daß zu Recht besteht, was H. und schon viele andere gesehen haben: die prophylaktische Bedeutung der Krankenversicherungs-Gesetzgebung: lieber 10 Patienten zuviel als einen zuwenig beim Arzt. Das Lieksche Allheilmittel der Verbeamtung der Ärzteschaft bedarf keiner großen Widerlegung. Vor allem aber sollte man sich doch klar sein, daß die Sozialversicherungs-Gesetzgebung, so sehr sie den Ärztestand interessiert, doch keine Angelegenheit des Ärztestandes, sondern eine des Gesamtvolkes ist. Man ist freilich berechtigt, als Arzt die Folgen der sozialen Gesetzgebung für den Ärztestand zu betrachten, aber man sollte das doch nur tun mit dem Respekt, den ein so wichtiges nationales Kulturgut, wie die Sozialversicherungs-Gesetzgebung beansprucht. W. Eliasberg-München.

Sanatorium Westend

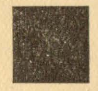
Purkersdorf bei Wien · Modernste Heilanstalt
für innere, Stoffwechsel- und Nervenkrankheiten

1927 vollkommen neu eingerichtet, eigene Laboratorien, Röntgeninstitut, Diätküchen, elegant eingerichtete Zimmer mit fließendem Wasser und Telephon, Autoverbindung mit Wien, Liegehallen, Kino, Theater usw. Mäßige Pauschalpreise. 6 Ärzte
Ausführliche Prospekte frei

Wiener Tel. Nr. 83-5-65 Serie — **Chefärzte: Dr. Max Berliner, Dr. Carl Feiler**

Sanatorium Dr. Groddeck

für Kranke jeder Art mit Ausnahme von Geisteskranken und solchen mit ansteckenden Leiden. Nach den Erfahrungen von dreißig Jahren besonders geeignet für Kranke mit chronischen organischen Leiden. • 12 Krankenzimmer, 15 Betten. • Tägliche Behandlung durch Dr. Groddeck und durch den Assistenzarzt Dr. Runge. • Kombinierte Behandlung mit den wissenschaftlich anerkannten physischen und psychischen Heilfaktoren.



BADEN-BADEN
WERDERSTRASSE 14

Dr. med. Fritz Künkel
Vorsitzender der Berliner Sektion des internationalen Vereins für Individualpsychologie

EINFÜHRUNG IN DIE CHARAKTERKUNDE
auf individualpsychologischer Grundlage

VIII, 185 Seiten. Oktav. Broschiert RM. 8.–, Ganzleinen RM. 10.–

Inhalt: *Einleitung: Theoretischer Hintergrund. Erster Teil: Form des Charakters. Zweiter Teil: Werden des Charakters. Dritter Teil: Charakter im Alltag. Vierter Teil: Liebe und Ehe. Fünfter Teil: Weg des Leidens. Sechster Teil: Klärungsprozeß. Beispiele.* Schlußwort. Literaturverzeichnis.

VERLAG VON S. HIRZEL IN LEIPZIG C1

Verlag der AKADEMISCHEN ARBEITSGEMEINSCHAFT Ewald Tscheck
Berlin S 59, Planufer 78

M. Mueller-Senftenberg

Körper, Seele und Geist im All

1.–5. Tausend · Halbleinen 4.80 M., Ganzleinen 5.80 M.

Zu beziehen durch Druckerei Max Schmersow, Kirchhain N.-L. u. durch alle Buchhandlungen

Der Psychotherapeut liest das Werk, weil es die Entdeckung des langgesuchten psychischen Mechanismus bringt, der die Abkehr von der Außenwelt bewirkt und zur „**Intellektanalyse**" führt

Der Arzt weil es neue Erkenntnisse über die Verbindung des Psychischen zum Organischen und die Lösung des seelischen Schmerzproblems enthält

Der Philosoph weil es Grundsätzliches über die Bildung der Geschlechter bringt

Der Biologe weil es die Kant-Laplacetheorie ausbaut und Neuland – „**die Kosmosanalyse**" – zur deduktiven Bearbeitung erschließt, aber auch

der gebildete Laie wird es nicht ohne geistigen Gewinn lesen können.

Dr. Erwin Wexberg

INDIVIDUALPSYCHOLOGIE

Versuch einer systematischen Darstellung

VIII, 328 Seiten. Oktav. Broschiert RM. 9.50, Ganzleinen RM. 11.50

AUS DEM INHALT:

Geschichte der Individualpsychologie. – Persönlichkeit als zielgerichtete Einheit. – Enwicklungsgeschichte der Persönlichkeit. Gefühl der Minderwertigkeit, Geltungsstreben, Gemeinschaftsgefühl. – Organminderwertigkeit. Kompensation und Überkompensation. Begabung. – Soziale und wirtschaftliche Bedingungen der seelischen Entwicklung. – Die Familienkonstellation als Faktor der seelischen Entwicklung. – Geschlecht und Charakter. – Die Rolle der Erziehung in der Entwicklung der Persönlichkeit. – Die Struktur der Neurose. – Kinderfehler. Die Formen der Neurose. Symptomenwahl und Symptomentstehung. – Die Psychosen. – Vorbeugung der seelischen Erkrankung und der Kriminalität. Individualpsychologische Erziehung. – Heilpädagogik und Psychotherapie. – Kulturpsychologische und lebensanschauliche Ausblicke.

VERLAG VON S. HIRZEL IN LEIPZIG C 1

Diesem Heft liegt ein Prospekt des Verlages der AKADEMISCHEN ARBEITSGEMEINSCHAFT Ewald Tscheck, Berlin S 59, Planufer 78, über das Buch „Müller-Senftenberg, Körper, Seele und Geist im All" bei

Druck von Grimme & Trömel in Leipzig